

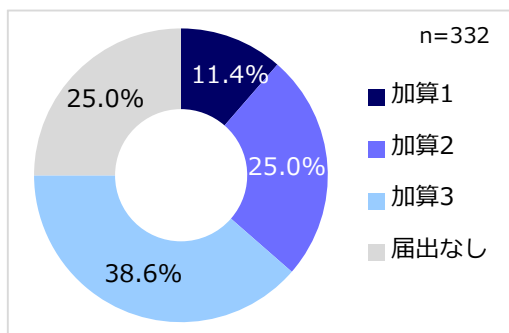
## 2022年度（令和4年度）診療報酬改定の影響等に関するアンケート結果について－感染対策・急性期－

令和4年7月27日  
 経営サポートセンター リサーチグループ  
 主査 高橋 佑輔

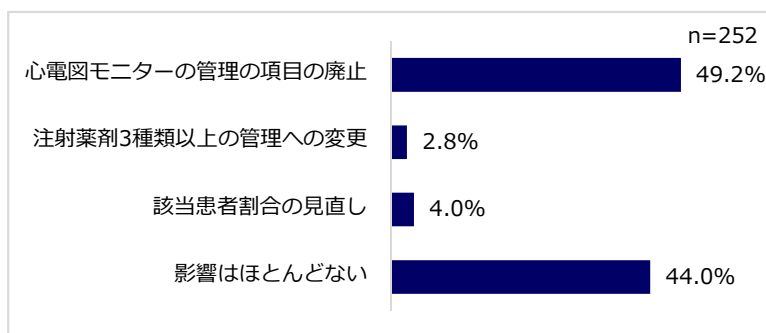
## 「心電図モニター」の項目廃止は、49.2%の急性期病院で「経営に影響あり」

- 感染対策向上加算の届出状況
  - ✓ 75.0%の病院が、感染対策向上加算を届出。病床規模別にみると、規模が大きくなるにつれて、同加算1の届出を行っている病院の割合は高くなる。届出を行っていない病院の満たすことが困難な施設基準は「医療機関間・行政等との連携」が47.6%と最も高い
  - ✓ 94.0%の病院が感染防止対策加算から移行。移行した病院の85.9%は点数が上昇した
- 重症患者初期支援充実加算の届出状況
  - ✓ 届出の対象となる病院の50.0%が、重症患者初期支援充実加算を届出。専任の入院時重症患者対応メディエーターとして配置する職種は、社会福祉士が77.8%であった
- 重症度、医療・看護必要度に関する見直しのうち経営にもっとも影響が大きいもの
  - ✓ 44.0%の病院が、「影響はほとんどない」と答えた一方、49.2%が「心電図モニターの管理の項目の廃止」と答えた。その理由については、主たる診療科が内科系・循環器科で「心電図モニターの管理」によって該当する患者が多いことなどが多くを占めた
- 急性期充実体制加算の届出状況
  - ✓ 急性期一般入院料1の届出を行っている病院の12.9%が、急性期充実体制加算を届出。同加算の届出を行っていない病院の満たすことが困難な施設基準は、「精神科リエゾンチーム加算等の届出」や「手術等に係る実績」などが多くを占めた

## ▼感染対策向上加算の届出状況



## ▼重症度、医療・看護必要度の見直しでもっとも影響があるもの



## 【本リサーチ結果に係る留意点】

- ・資料出所は、すべて福祉医療機構である（以下記載がない場合同じ）。
- ・数値は四捨五入しているため、合計や差引が一致しない場合がある。また、図表中の「n」は病院数である（以下記載がない場合同じ）。
- ・本アンケートは、福祉医療機構の貸付先のうち急性期一般入院基本料、地域包括ケア病棟入院料（地域包括ケア入院医療管理料を含む）または回復期リハビリテーション病棟入院料のいずれかの届出を行っている病院を運営する1,129法人を対象に、2022年5月30日から同年6月20日までを期間とし、Web上で実施した。なお、貸付先に公立の病院は含まれない。
- ・302法人（332病院）から回答があり、回答率は26.7%であった。

令和4年度診療報酬改定（以下「今改定」という。）は、「新型コロナウイルス感染症等にも対応できる効率的・効果的で質の高い医療提供体制の構築」および「安心・安全で質の高い医療の実現のための医師等の働き方改革等の推進」を重点課題として行われた。

このたび、福祉医療機構（以下「機構」という。）では、実態把握のため、診療報酬改定の影響等に関するアンケート（以下「本調査」という。）を実施し、332病院<sup>1</sup>から回答を得た。本稿では、その結果のうち、感染症対策関連および急性期一般入院基本料の届出を行っている252病院<sup>2</sup>（以下「急性期病院」という。）における影響をみていきたい。なお、結果の詳細については、本稿と併せて公表しているデータを参照されたい。

また、地域包括ケア病棟入院料（地域包括ケア入院医療管理料を含む。）および回復期リハビリテーション病棟入院料の届出を行う病院における影響および働き方改革関連等については、後日公表予定のレポートで記す。

## 1 感染症対策関連

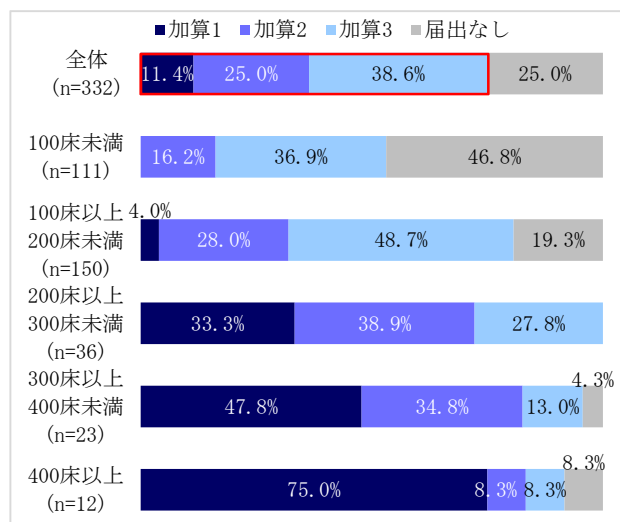
### 1.1 感染対策向上加算の届出状況

**75.0%が届出。病床規模が大きくなるにつれ加算1の届出割合は高くなる。届出なしの病院の47.6%が施設基準「医療機関間・行政等との連携」を満たすことが困難**

感染症対策の取組を更に推進する観点から、感染防止対策加算（以下「旧加算」という。）の名称を改め、要件を見直したうえで、感染対策向上加算が新設された。75.0%の病院が加算1～3のいずれかの届出を行っており、加算3が38.6%ともっとも高い（図表1）。病床規模別で

は、200床未満において加算3の割合が高く、地域で中核的な役割を求められる加算1は、規模が大きくなるにつれて割合が高くなっている。

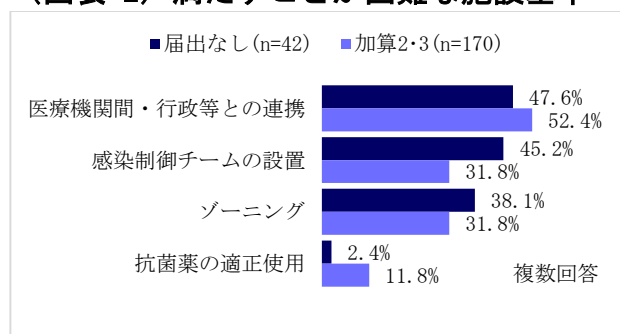
（図表1）感染対策向上加算の届出状況



加算1～3のいずれもの届出を行っていない83病院のうち50.6%が「届出を行いたいが、満たしていない施設基準がある」、加算2・3の届出を行っている211病院のうち80.6%が「上位区分の届出を行いたいが、満たしていない施設基準がある」と答えた。

いずれについても、満たすことが困難な施設基準は、「医療機関間・行政等との連携」が、それぞれ47.6%、52.4%ともっとも高い（図表2）。

（図表2）満たすことが困難な施設基準



<sup>1</sup> 病床規模別にみると、100床未満が33.4%、100床以上200床未満が45.2%、200床以上300床未満が10.8%、300床以上400床未満が6.9%、400床以上が3.6%となり、200床未満が約8割を占める。開設主体別にみると、医療法人が84.3%、社団・財団法人が7.2%、社会福祉法人が2.1%、その他が6.3%であった。

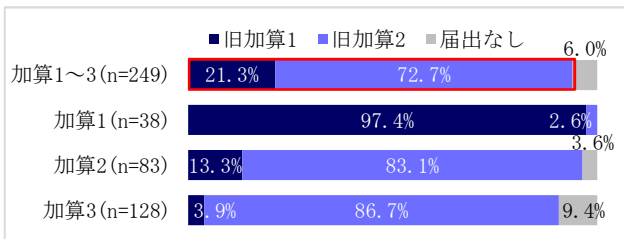
<sup>2</sup> 入院基本料別にみると、入院料1が33.7%、入院料2が2.8%、入院料3が0.8%、入院料4が34.5%、入院料5が13.9%、入院料6（1,408点※経過措置）が5.2%、入院料6が9.5%であった（2022年5月1日時点。重複を含む）。

## 1.2 感染防止対策加算からの移行状況

**94.0%が旧加算からの移行。旧加算1の届出を行っていた病院の30.2%が加算2・3へ移行し点数が低下**

次に、旧加算からの移行状況についてみていきたい。同加算の届出を行っている病院の94.0%が2022年3月31日時点で旧加算の届出を行っていた(図表3)。区分が上位となるにつれて、旧加算から移行した割合が高くなる。小規模の感染制御チームによる感染防止対策の取組に係る評価として新設された加算3については、9.4%の病院が新規での届出を行っていることがわかった。地域における感染症対策の取組が更に推進されるとともに、新たに届出を行った病院は増収を図ることができたといえる。

(図表3) 感染対策向上加算の届出を行っている病院の感染防止対策加算の届出状況



今改定により、加算1(710点)は旧加算1(390点)から320点上昇、加算2(175点)は旧加算2(90点)から85点上昇した。上乘せで算定できる加算<sup>3</sup>も加味すると、旧加算から移行した病院の85.9%は、点数が上昇した(図表4)。一方、下位区分への移行により、14.1%の病院は点数が低下した。そのうち、旧加算1の届出から加算2・3に移行して大幅に点数が低下した病院が30.2%あった。前節の図表2で確認したとおり、多くの病院が、満たすことが困難な施設基準として「医療機関間・行政等との連携」と答えたことから、運用は少し柔軟となったものの、加算1は新型コロナウイルス感染症(以下「コロナ」という。)に係る重点医療機関、加算2はコロナに係る協力医療機関となっていることが大きなハードルとなっていると考えられる。

(図表4) 感染防止対策加算から感染対策向上加算への移行状況

感染対策向上加算		加算1		加算2				加算3				
		710点		175点		75点						
指導強化加算		30点	—									
連携強化加算				30点	30点	—	—	30点	30点	—	—	
サーベイランス強化加算				5点	—	5点	—	5点	—	5点	—	
計		740点	710点	210点	205点	180点	175点	110点	105点	80点	75点	
旧加算1 (n=53)	390点	病院数	35	2	9	—	2	—	5	—	—	—
		割合	66.0%	3.8%	17.0%	—	3.8%	—	9.4%	—	—	—
旧加算2 (n=181)	90点	病院数	1	—	33	27	3	6	46	48	2	15
		割合	0.6%	—	18.2%	14.9%	1.7%	3.3%	25.4%	26.5%	1.1%	8.3%
旧加算1・2 (n=234)		<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <span>■ 点数が上昇した病院</span> <span>■ 点数が低下した病院</span> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> <span style="color: blue;">85.9%</span> <span style="color: red;">14.1%</span> </div>										

注) 割合は各行計に占めるもの。青色は点数が上昇した病院、赤色は点数が低下した病院

<sup>3</sup> 加算1については指導強化加算(30点)、加算2および3については連携強化加算(30点)およびサーベイランス強化加算(5点)をそれぞれ上乘せできる。

<sup>4</sup> 「疑義解釈資料の送付について(その1)」(令和4年3月31日付厚生労働省保険局医療課事務連絡)および「疑義解釈資料の送付について(その10)」(令和4年6月1日付厚生労働省保険局医療課事務連絡)

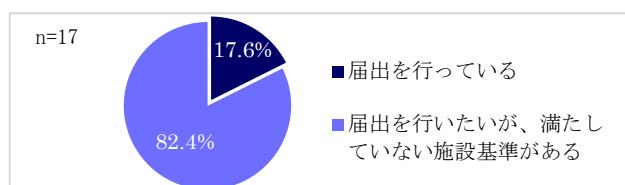
## 2 高度急性期関連

### 2.1 重症患者対応体制強化加算の届出状況

届出は17.6%にとどまる一方、82.4%が届出を行いたいが、満たすことが困難な施設基準があるために届出を行っていない

高度急性期関連では、集中治療領域における重症患者対応の強化および人材育成の重要性を踏まえ、重症患者対応体制強化加算が新設された。同加算の届出状況は、高度急性期病棟・病床の届出を行っている40病院<sup>5</sup>（以下「高度急性期病院」という。）のうち対象となる17病院<sup>6</sup>について集計したところ、「届出を行いたいが、満たしていない施設基準がある」が82.4%となり、届出を行っている病院は17.6%にとどまった（図表5）。本調査において、具体的に満たすことが困難な施設基準は確認していないが、その理由として、施設基準の厳しい新設の「感染対策向上加算1・急性期充実体制加算」の届出や、「特定集中治療室管理料（救命救急入院料）の施設基準に係る看護配置のほかに集中治療の経験を3年以上有する看護師や専従の臨床工学技士の配置などが想定される。なお、届出を行っていない理由として「経営上のメリットがない」と答えた病院はなかったことから、要件を満たすことができれば取りたいと考える病院が多い様子がみてとれる。

（図表 5）重症患者対応体制強化加算の届出状況



<sup>5</sup> 本調査において、「高度急性期病棟・病床」とは、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料等いわゆる高度急性期入院医療機能に係るものを指す。

<sup>6</sup> 「当該加算を算定できる入院料の届出を行っていない」が20病院、「対象患者がいいため、届出を行っていない」が3病院含まれていたため、これらを除いた17病院について集計した。

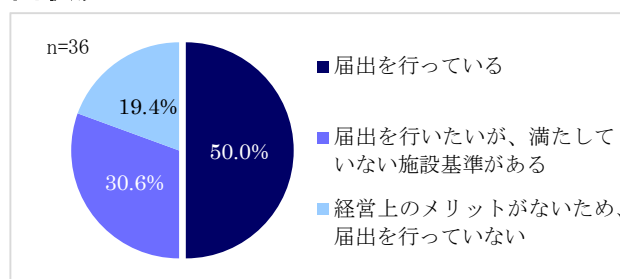
<sup>7</sup> 「対象患者がいいため、届出を行っていない」が4病院含まれていたため、これを除いた36病院について集計した。

### 2.2 重症患者初期支援充実加算の届出状況

50.0%が届出。メディエーターとして配置する職種は社会福祉士が77.8%

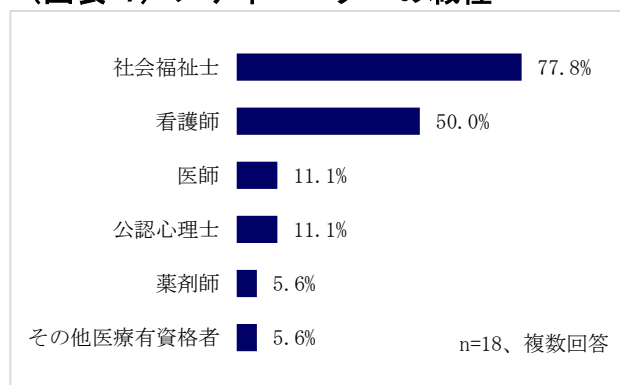
集中治療領域における患者支援では、特に重篤な患者およびその家族等に対する支援を推進する観点から、専任の「入院時重症患者対応メディエーター」（以下「メディエーター」という。）の配置を評価する重症患者初期支援充実加算が新設された。対象となる36病院<sup>7</sup>について同加算の届出状況を集計したところ、50.0%が届出を行っていた（図表6）。

（図表 6）重症患者初期支援充実加算の届出状況



同加算の届出を行っている病院がメディエーターとして配置している職種は、社会福祉士が77.8%、次いで看護師が50.0%と続く（図表7）。

（図表 7）メディエーターの職種



なお、医療有資格者以外の者にメディエーターを補助させている病院は27.8%で、具体的な職種として地域連携室事務職員等が挙げられていた。少ないながらも、医療有資格者以外の者に経験を積ませて、将来的にはメディエーターとして配置することを検討している病院の存在が確認できた。

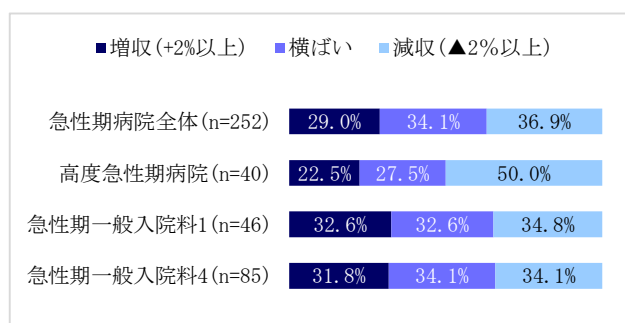
### 3 急性期一般入院基本料

#### 3.1 前年度と比べた医業収益の状況

**前年同月と比べて36.9%が減収、34.1%が横ばい。増収・減収した要因はいずれも「今改定の影響以外」が約9割で、利用率の変動が影響**

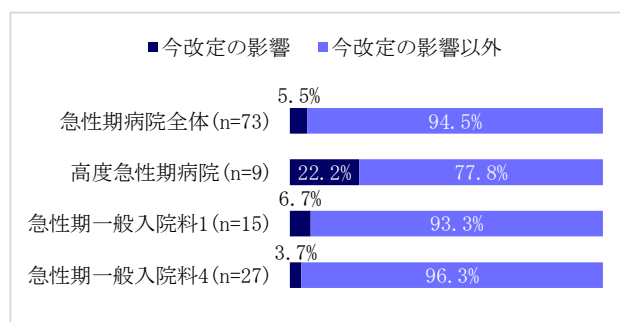
2021年4月と比べた2022年4月単月の医業収益の状況は、急性期病院全体で「減収」が36.9%、次いで「横ばい」が34.1%と続き、回答が割れる結果となった(図表8)。高度急性期病院、急性期一般入院料1の届出を行っている病院(以下「急性期1」という。)、急性期一般入院料4の届出を行っている病院<sup>8</sup>(以下「急性期4」という。)についても全体と同様の結果となった。以下、増収・減収要因についてみていくが、全体と同様の傾向の場合、高度急性期病院、急性期1・4に係る記載は割愛する。

(図表8) 2021年4月と比べた2022年4月の医業収益の状況



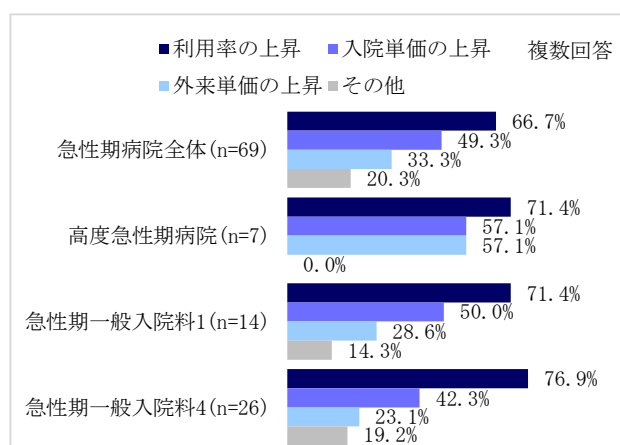
増収要因については、急性期病院全体で「今改定の影響以外」が94.5%と大半を占める結果となった(図表9)。なお、「今改定の影響」と答えたすべての病院が、具体的には「入院単価<sup>9</sup>の上昇」で増収していた。

(図表9) 増収した要因



今改定の影響以外の増収要因については、急性期病院全体で、「利用率の上昇」が66.7%と最も高く、次いで「入院単価の上昇」が49.3%と続く(図表10)。利用率については、比較対象の2021年4月が2020年度から引き続くコロナの影響により、低迷していた時期であったためと推測される。

(図表10) 今改定の影響以外の増収要因



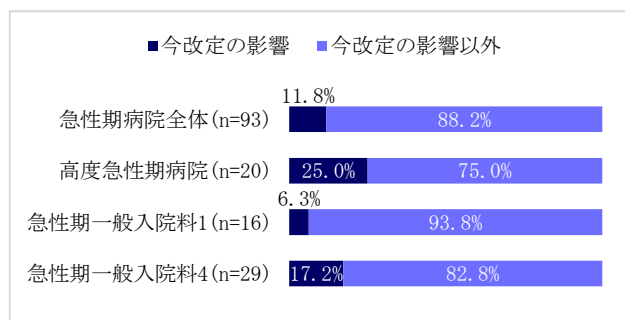
一方、減収要因についても、増収要因と同様に、急性期病院全体で「今改定の影響以外」が88.2%となった(図表11)。なお、「今改定の影

<sup>8</sup>本調査において、急性期病院のうち入院料2、3、5および6は少ないため記載を割愛した。

<sup>9</sup>患者1人1日当たり医業収益(入院)を指す(以下記載がない場合同じ)。

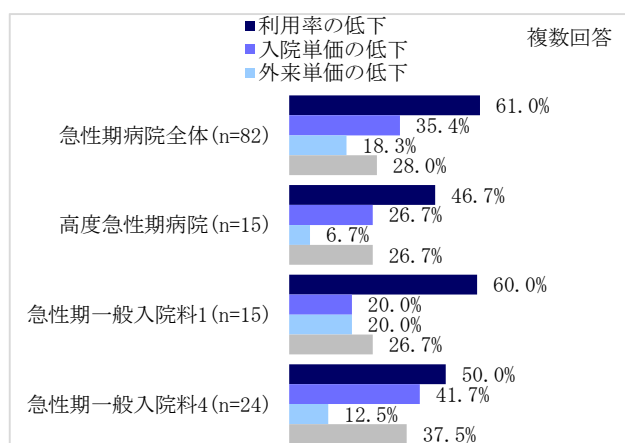
響」と答えた病院の中には、コロナに係る重点医療機関でないため、旧加算から感染対策向上加算1に移行できず、入院単価が減少した病院もあった。

(図表 11) 減収の要因



今改定の影響以外の減収要因については、急性期病院全体で「利用率の低下」が61.0%ともっとも高く、次いで「入院単価の低下」が35.4%と続く(図表 12)。利用率の低下は、院内クラスターの発生などコロナの影響によるものも含まれているとみられる。

(図表 12) 今改定の影響以外の減収要因



医業収益の状況については、前年4月単月との比較であり、今改定内容には経過措置期間が設けられているものが少なくないことから、改定による医業収益への影響はあまり確認できなかった。

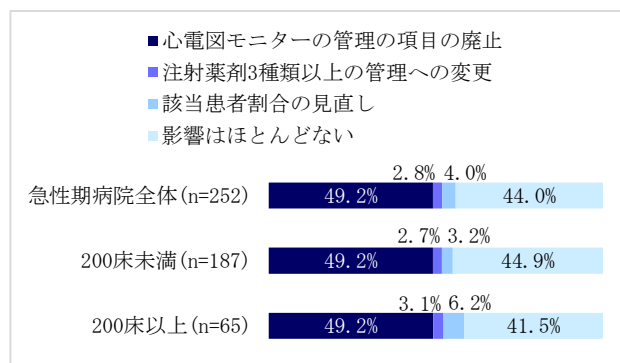
### 3.2 重症度、医療・看護必要度の見直しによる影響

**49.2%が「心電図モニターの管理の項目の廃止」が経営にもっとも影響と回答。病床規模による差はみられない**

急性期病院において、一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」(以下「看護必要度」という。)に関する見直しのうち、経過措置期間終了後、もっとも影響があると考えられるものについては、44.0%が「いずれの見直し等も経営への影響はほとんどない」と答えた一方、「心電図モニターの管理の項目の廃止」が49.2%ともっとも高かった(図表 13)。200床未満・以上の規模別でも、全体と同様の結果となり、規模にかかわらず「心電図モニターの管理の項目の廃止」による影響があるとする病院が多いとみられる。

また、自由記述をみると、主たる診療科が内科系・循環器科であることや、高齢の患者が多いことなどが理由として挙げられた。なお、少数派だが「該当患者割合の見直し」と答えた病院において、「他の見直しによって自院の該当患者割合は下がったが、それ以上に基準となる割合の引下げ幅が大きかった結果、維持がしやすくなった」と答える病院もみられた。

(図表 13) 「重症度、医療・看護必要度」に関する見直しのうち、経過措置期間終了後、もっとも影響があると考えられるもの



### 3.3 該当患者割合の状況

**該当患者割合の基準の引下げにより、基準を満たす病院は増加。入院料1・4の病院は経過措置期間後も約7割が基準を「満たせる」**

一般病棟用の看護必要度は評価項目が厳格化されたが、該当患者割合の基準はおおむね引下げられた<sup>10</sup>。そこで、急性期1・4における2022年4月の該当患者割合<sup>11</sup>の状況を確認した。

看護必要度Ⅱで評価を行う病院についてみると、急性期1の基準を満たす病院の割合が、200床以上では89.7%から97.4%に、200床未満では80.0%から95.0%に上昇した。急性期4の200床未満では96.0%から100.0%へ上昇した(図表14)。

**(図表14) 重症度、医療・看護必要度Ⅱで評価を行う病院の該当患者割合の状況**

重症度、医療・看護必要度Ⅱ				
	病床規模	中央値	基準を満たす病院の割合	
			改定前	改定後
急性期1	200床以上 (n=39)	33.8%	89.7%	97.4%
	200床未満 (n=20)	34.2%	80.0%	95.0%
急性期4	200床以上 (n=7)	34.0%	100.0%	100.0%
	200床未満 (n=25)	29.6%	96.0%	100.0%

一方、看護必要度Ⅰで評価を行う病院については、急性期4の200床未満のみで基準を満たす病院の割合が88.0%から94.0%に上昇した(図表15)。

看護必要度Ⅱで評価を行う病院の方が、改定後に基準を満たす病院が増えた。これについては、医療政策として看護必要度Ⅱを用いた評価を推進しており、看護必要度Ⅱの該当患者割合の基準の引下げ幅が看護必要度Ⅰより大きいことが影響しているものとみられる。

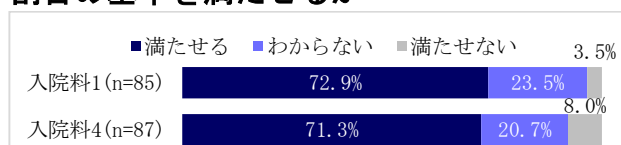
**(図表15) 重症度、医療・看護必要度Ⅰで評価を行う病院の該当患者割合の状況**

重症度、医療・看護必要度Ⅰ				
	病床規模	中央値	基準を満たす病院の割合	
			改定前	改定後
急性期1	200床以上 (n=7)	31.4%	57.1%	
	200床未満 (n=19)	38.5%	94.7%	94.7%
急性期4	200床以上 (n=5)	26.3%	100.0%	100.0%
	200床未満 (n=50)	27.8%	88.0%	94.0%

引下げにより基準を満たしている病院は、紙一重で満たしているということがうかがわれ、「心電図モニターの管理の項目の廃止」など評価項目の見直しの影響の度合いによっては、満たせなくなる恐れもある。

そこで、経過措置期間が終了する2022年10月1日以降に、該当患者割合の基準を満たせるかを尋ねたところ、急性期1では72.9%、急性期4では71.3%が「満たせる」と答えた(図表16)。また、急性期1では3.5%、急性期4では8.0%が「満たせない」と答え、満たせない場合の方策としては、急性期1では急性期2または3へ、急性期4では急性期5または6への移行を検討していると回答があった。該当患者割合の基準の引下げは、評価項目の厳格化に対する救済措置的な意味合いもあるが、それでも基準が満たせず、点数の低い入院料へ移行する病院が一部あるということは、影響の小さくない改定といえるのではないだろうか。

**(図表16) 経過措置期間終了後、該当患者割合の基準を満たせるか**



<sup>10</sup> 看護必要度Ⅱでは、200床以上の急性期1は29%から28%、200床未満の急性期1は29%から25%、200床以上の急性期4は20%から17%、200床未満の急性期4は18%から15%へ引下げられた。看護必要度Ⅰでは、200床未満の急性期1は31%から28%、200床以上の急性期4は22%から20%、200床未満の急性期4は20%から18%へ引下げられた。

<sup>11</sup> 直近3か月(2022年1月から同年3月まで)において入院している患者全体(延べ患者数)に占める割合

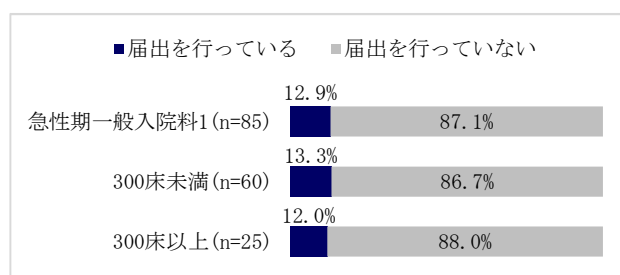
### 3.4 急性期充実体制加算の届出状況

**届出は12.9%にとどまる。満たすことが困難な施設基準は精神科リエゾンチーム加算等の届出が80.0%ともっとも高い**

医療政策の大きな流れとして、病床機能の分化・連携が進められるなか、急性期医療については集約化が図られている。今改定でも、急性期医療機能を担う病院へ充実した評価がなされた。集中治療領域については、前章で触れた重症患者対応体制強化加算が新設され、急性期1については、手術等の高度かつ専門的な急性期医療に係る実績および体制を評価する急性期充実体制加算が新設された。同加算の点数は、入院後7日以内で1日当たり460点と非常に高く設定されたが、その分、基準のハードルも高い。総合的かつ専門的な急性期医療の体制等を評価する総合入院体制加算の施設基準を彷彿とさせる高い基準が求められるのみならず、新設の感染対策向上加算1の届出や、全身麻酔による手術が年間2,000件以上<sup>12</sup>必要であるなど、総合入院体制加算の届出を行っている病院でも、移行は容易ではないかもしれない。一方、総合入院体制加算は精神科を標榜する必要があるなど、特定の診療科目による縛りがあるが、同加算ではその点が緩和されるなどの配慮もされている。

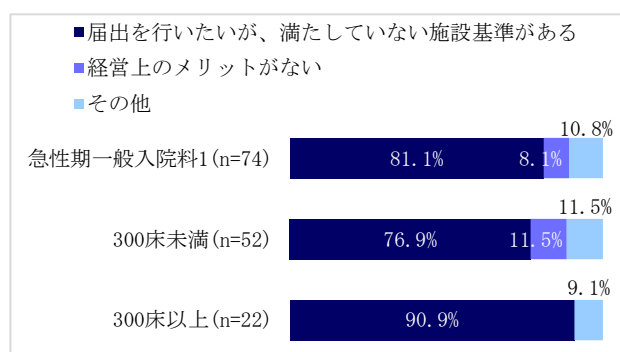
急性期1の同加算の届出状況は12.9%にとどまった(図表17)。また、300床未満・以上でも、結果に差はなかったことから300床未満の病院における施設基準の緩和に一定の効果が働いた可能性も考えられる。

(図表 17) 急性期充実体制加算の届出状況



本調査は改定後間もない時期に実施したこともあり、同加算は約9割の病院が届出を行っていないが、その理由については、「届出を行いたいが、満たしてない施設基準がある」が81.1%ともっとも高い(図表18)。

(図表 18) 急性期充実体制加算の届出を行っていない理由



満たすことが困難な施設基準について、複数回答で得た結果を全20項目から上位11項目を抜粋して確認したい。全体では、「精神科リエゾンチーム加算等の届出」が80.0%ともっとも高く、次いで「手術等に係る実績」が75.0%と続く(図表19)。300床未満では、全体と同じく「精神科リエゾンチーム加算等の届出」が92.5%ともっとも高く、次いで「手術等に係る実績」が77.5%と続く。一方、300床以上では、「手術等に係る実績」が70.0%ともっとも高く、次いで「精神科リエゾンチーム加算等の届出」が55.0%と続く。300床以上と300床未満では、上位2位は同じだが、その他の満たすことが困難な施設基準に違いがある。例えば、300床未

<sup>12</sup> 総合入院体制加算は年間800件以上である。なお、急性期充実体制加算については、300床未満の場合は年間一床当たり6.5件以上でよい。

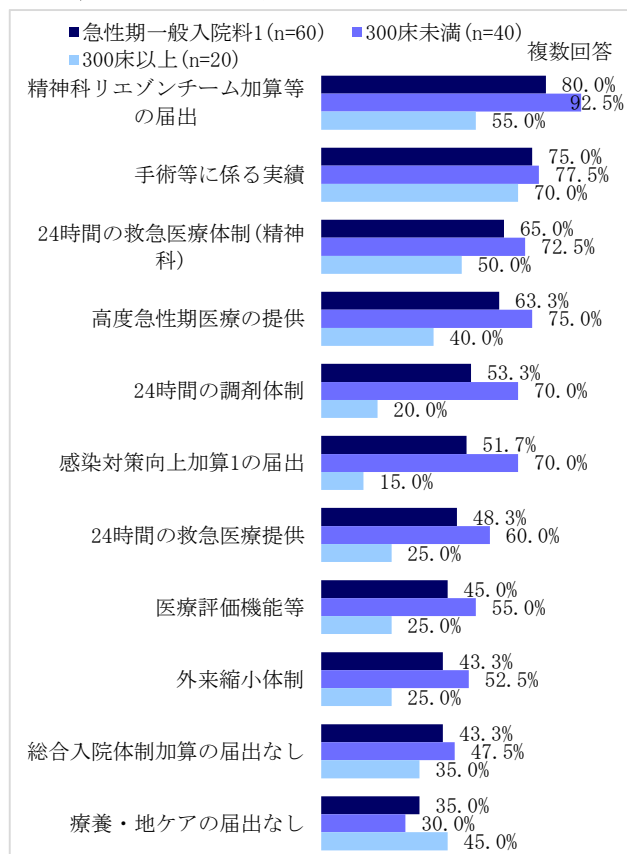


満では「24時間の調剤体制」および「感染対策向上加算1の届出」がいずれも70.0%と高いが、300床以上ではそれぞれ20.0%、15.0%と低い。全体の傾向でも、300床未満の病院の方が満たすことが困難な施設基準が多い結果となった。

参考までに、令和3年度病床機能報告と紐づけを行い、同加算の届出を行っている11病院について、今改定前の総合入院体制加算の届出状況を確認したところ、10病院が届出を行っていなかった。標本サイズが小さい点に留意が必要だが、高度急性期医療を評価する新機軸となる同加算の新設により、総合入院体制加算の届出を行えなかった病院による届出が行われた可能性がある。

なお、同加算の届出を行っているいずれの病院も精神病床を有しておらず、上乘せで算定できる精神科充実体制加算の届出を行っている病院はなかった。

(図表 19) 満たすことが困難な施設基準



### 3.5 総合入院体制加算の届出状況

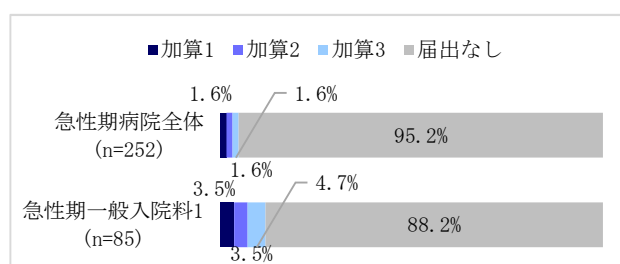
届出は4.8%にとどまる。加算1の届出を行う病院のすべてが前年度からの継続。加算3は今改定後から新規で届出

最後に、手術実績や外来縮小体制に係る施設基準が緩和された総合入院体制加算の届出状況を見てみたい。同加算の届出を行っている病院は4.8%にとどまるが、急性期1に絞ると11.7%に上昇する(図表20)。前節の急性期充実体制加算の届出を行っている病院と合わせると、急性期1の24.7%がいずれかの加算の届出を行っていることとなる。

また、総合入院体制加算1の届出を行っている病院すべてが、前年度末時点でも届出を行っていたが、加算3については、すべての病院が今改定後から新規で届出を行っていた。

なお、施設基準の緩和により基準を満たしやすくなったと答えた病院は、加算2・3でそれぞれ1病院のみであった。緩和により届出がしやすくなったことを本調査では確認できなかった。

(図表 20) 総合入院体制加算の届出状況



### おわりに

本稿では、今改定の影響等に関して、調査時点の状況および今後の意向等についてみてきた。調査実施時期が、経過措置期間中かつ改定後間もない5~6月であったことから、届出を行っている入院基本料の大幅な変更や新設加算の届出等の顕著な動きはみられなかった。しかし、経過措置期間後には、同一の入院基本料で下位に移行することを検討する病院も一部確認できた。

次回の改定は、超高齢社会が到来する 2025 年の直前で、介護報酬と同時改定となることから、大幅な改定が予想される。今後は、表面的な施設基準を満たすのみならず、医療政策における大きな流れを踏まえたうえで、自院の属する地域内において求められる役割を見極めていく必要があるだろう。

本調査結果が、後日公表される回復期・働き方改革関連等のレポートと併せて、今後の皆さまの病院運営の参考となれば幸いである。

最後になるが、長く続くコロナ対応のなか本調査にご協力いただいたことで、今回の分析を行うことができた。この場を借りて担当者および関係者に謝意を表す。

#### 【免責事項】

- ※ 本資料は情報の提供のみを目的としたものであり、借入など何らかの行動を勧誘するものではありません
- ※ 本資料は信頼できると思われる情報に基づいて作成されていますが、情報については、その完全性・正確性を保証するものではありません
- ※ 本資料における見解に関する部分については、著者の個人的所見であり、独立行政法人福祉医療機構の見解ではありません

《本件に関するお問合せ》

独立行政法人福祉医療機構 経営サポートセンター リサーチグループ TEL : 03-3438-9932