地方都市の透析施設における経営変化と患者施設選定の考察

陣内　聡

キーワード：地方透析施設、透析環境、高齢化、透析施設経営、透析施設選択要因

１．はじめに

2024年度の概算医療費は48.0兆円、団塊の世代が75歳以上となり、後期高齢者の医療費は全体の 35%（厚生労働省,2025）を超えることとなった。腎疾患対策では、2028 年までに年間新規透析導入患者数を 35,000 人以下に抑える目標が示されており、透析施設には保存期CKDからの早期介入、かかりつけ医との連携、患者のQOL向上、腎代替療法選択支援など、多面的な役割が求められている（腎疾患対策検討会,2023）。慢性透析患者数は2024年末時点では337,414人、新規導入患者数は36,404人であり、患者総数は増加局面から前年度より6,094人減と減少局面へ移行している。一方、透析導入の平均年齢が全体で 71.69 歳と着実に進行している（正木ら,2025）。また透析患者家族の負担や緩和的支援の重要性(堀川,2024）についても、近年改めて社会的関心が高まっている。

こうした変化は地方都市の透析施設においてより深刻である。血液透析は、水処理設備、透析装置、夜間・急変時対応、送迎、災害対応などを要する高固定費型医療であり、患者数の微減や費用上昇が経営に与える影響が大きい。一方で、患者・家族が重視する安全性、通院継続性、説明支援、栄養支援といった機能は、透析医療の質を支える中核であり、単純なコスト削減だけでは対応しにくい。さらに、近年の診療報酬改定では、多職種連携、ICT活用、在宅療法支援、腎代替療法の選択支援などが重視され、透析施設に求められる役割は更に大きく拡大している（厚生労働省保険局医療課,2024；厚生労働省健康・生活衛生局がん・疾病対策課,2026）。そこで本研究では、患者ニーズ、制度的報酬構造、地域経営、人口動態を相互に関連づけ、地方都市における透析施設の持続可能性を総合的に検討することを目的とした。

２．研究目的

本研究の目的は、人口減少と高齢化が先行する地方都市において、透析施設の持続可能性を多面的に検討することにある。具体的には、第一に、透析患者本人および家族が透析施設選択において重視する要因を明らかにする。第二に、全国調査に基づき透析医療費構造の長期変化を整理し、施設収益の前提条件がどのように変化してきたかを確認する。第三に、長崎県内の透析関連医療法人の財務データを用いて、地方都市の透析施設経営がどのように変化しているかを把握する。第四に、長崎県の人口見通しを踏まえ、患者構造、医療需要、労働供給の将来像を経営分析に接続し、地方都市における透析施設の持続可能性を検討する。

３．資料及び方法

3-1. 資料

本研究で用いた資料は五種類である。第一に、透析施設選定に関する WEB アンケート調査（以下、アンケート調査）である。アイブリッジ株式会社のセルフ型アンケートツールFreeasy を用いた。第二は第 29 回透析医療費実態調査報告（太田ら，2026）をもとに整備した、1997 年から 2025 年までの全国時系列データである。第三に、長崎県医療法人の決算（長崎県,2022～2025）を基に筆者が作成した長崎県内の透析医療法人 14 施設・489 床の決算データである。第四に、長崎県中期人口見通し（長崎県,2025）である。第五に、日本透析医学会統計調査および透析患者数予測に関する既存研究である。

表１：使用資料の概要

資料	対象	期間（年）	主な分析内容
アンケート調査	67 例（透析患者 43、同居家族 24）	2026	施設選択要因 16 項目の重要度分析・群間比較・重回帰分析
全国時系列	第 1 回～第 29 回調査	1997～2025	透析医療費・患者高齢化の長期変化
長崎県内決算	透析 14 施設・透析ベッド 489 床	2022～2025	収益性・安全性・施設間格差の把握
人口見通し	長崎県全体	2024～2035	総人口・高齢化・労働供給の変化
全国的な透析患者数予測研究	日本全国透析患者、長崎県透析患者	2015～2035	長崎県透析患者数の将来予測・長崎県新規導入患者数の将来予測

注）長崎県内決算は公開決算書の再集計値である。

3-2. 方法

分析方法として、アンケート調査では 5 件法回答から平均値を算出するとともに、4 または 5 を選択した割合を重要率として集計し、患者群、家族群、全体群で比較した。背景要因の分布比較には χ 二乗検定を用いた。また、各項目の重要度に対する属性の影響を探索的に把握するため、重回帰分析を実施した。解析には SPSS ver.32.0.0 を使用した。なお、本研究で用いた資料は同一母集団を直接追跡したものではなく、患者ニーズ、制度的構造、地域経営、人口動態を相互に参照する探索的統合研究である。したがって、本研究の意義は因果推論にあるのではなく、複数資料に共通して現れる構造的傾向を整理し、地方都市の透析施設戦略を検討するための論点を提示する点にある。

3-3. 倫理的配慮

本研究は兵庫県立大学大学院社会科学研究科の倫理審査を受審し、承認を得ている（審査番号 2025-0005）。アンケート調査は無記名で実施し、透析患者および家族の個人が特定されないよう配慮した。長崎県医療法人の決算データについても、個別医療法人名が特定されない形で集計を行った。アンケート調査の告知文には、「こちらのアンケートは、ご病気や治療についての内容が含まれています。不快に思われる方は回答をお控えください。」と明記した。

4．結果

4-1. 透析患者・家族ニーズの特徴

2026 年 5 月 22 日から 7 月 19 日まで、透析患者本人および透析患者同居家族を対象に実施した。アンケート調査（図 1）の回答者は 67 人で、透析患者本人 43 人、透析患者同居家族 24 人であった。平均年齢は患者群 48.2 歳、家族群 55.1 歳であり、家族群の方が高かった。全体群の上位項目は、急変時や緊急時に迅速に対応できる体制、施設による送迎サービス、透析液や水質管理、最新の透析機器・設備、スタッフに相談しやすい雰囲気であった。患者本人群では急変時対応、栄養指導、送迎、水質管理が、家族群では急変時対応、送迎、穿刺時の痛み軽減、説明の丁寧さが相対的に高かった。ただし、個別項目の患者群・家族群比較では統計学的有意差は確認されなかった。

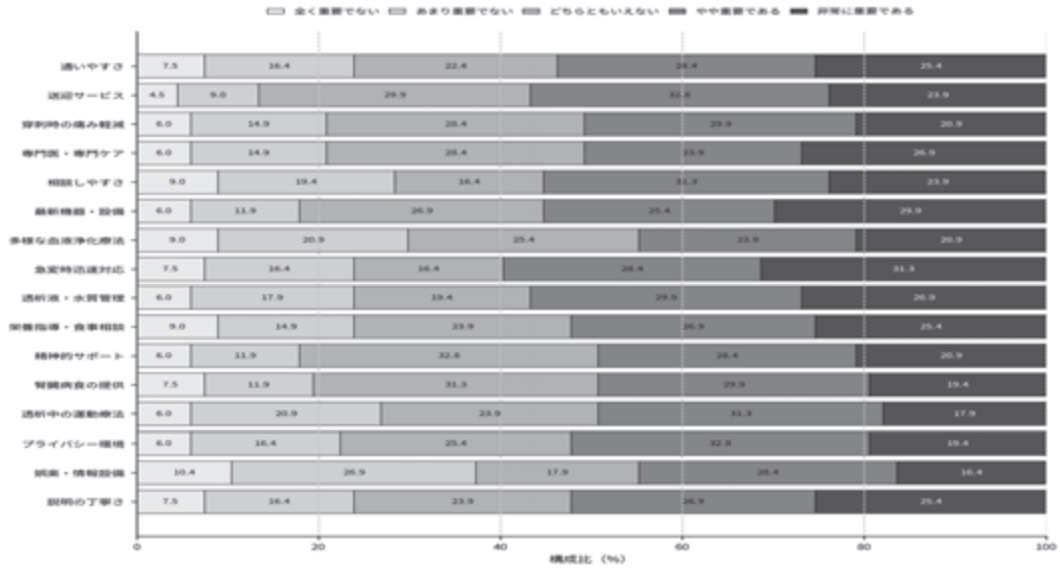

図１：透析施設選定に関するアンケート調査

表２：アンケートにおける重要項目上位５位

区分	第１位	第２位	第３位	第４位	第５位
全体	急変時迅速対応	送迎サービス	透析液・水質管理	最新機器・設備	相談しやすさ
患者本人	急変時迅速対応	栄養指導・食事相談	送迎サービス	透析液・水質管理	最新機器・設備
患者家族	急変時迅速対応	送迎サービス	穿刺時の痛み軽減	最新機器・設備	透析液・水質管理

注）重要項目は４または５を選択した割合を優先し、同率の場合は平均値を参照して順位化した。

重回帰分析では、年齢、家族回答ダミー、女性ダミー、透析歴、子どもの有無を投入して検討した。その結果、オンライン HDF など多様な血液浄化療法が選択できることの重要度に対して、女性ダミーが有意な負の関連を示した（$B = -0.788$, $p = 0.041$, $R^2 = 0.081$）。すなわち、女性回答者では同項目の重視度が相対的に低い傾向が示されたが、説明力は限定的であり、それ以外の項目や尺度では明確な有意差は認められなかった。

4-2. 全国時系列からみた透析医療費構造の変化

第 29 回透析医療費実態調査報告（太田ら, 2026）では、透析患者関連サンプル数は 1997 年の 3,779 人から 2025 年の 11,590 人へ増加している。その間平均年齢は 57.1 歳から 67.4 歳へと 10.3 歳上昇していた。一回当たり透析医療費（請求合計ベース）

は 3,487.5 点から 3,026.3 点へ 13.2%低下し、注射点数は 4,633.5 点から 1,826.7 点へ 60.6%低下していた。また、院外処方割合は 19.5%から 72.8%へ上昇していた。

注射点数の大幅な低下の背景には、腎性貧血治療薬の診療報酬上の扱いの変化がある。赤血球造血刺激因子製剤（ESA）は従来から人工腎臓点数に包括されていたが、2022 年度診療報酬改定では低酸素誘導因子プロリン水酸化酵素阻害薬（HIF-PH 阻害薬）も原則として人工腎臓点数に包括された。この結果、同改定では人工腎臓点数の引下げが行われ、施設収益の構造に変化が生じた。

表３：全国透析医療費の長期変化

指標	1997 年	2025 年	変化
平均年齢（歳）	57.1	67.4	+10.3
透析医療費/1 回（点）	3,487.5	3,026.3	▲13.2%
注射（点）	4,633.5	1,826.7	▲60.6%
院外処方割合（%）	19.5	72.8	+53.3%
※腎性貧血治療薬包括化	ESA 包括（人工腎臓点数内）	ESA＋HIF-PH 阻害薬包括（2022 年改定）	

注）ESA：赤血球造血刺激因子製剤　HIF-PH 阻害薬：低酸素誘導因子プロリン水酸化酵素阻害薬

（出所：第 29 回透析医療費実態調査報告を参考に筆者集計）

4-3. 長崎県内透析関連医療法人の経営実態

長崎県内 14 施設・透析ベッド数合計 489 床の集計では、事業収益は 2022 年 5,811,480 千円から 2025 年 5,693,356 千円へと緩やかに減少した。一方、事業利益は 2022 年 386,129 千円から 2025 年 241,006 千円へ大きく低下し、営業利益率も 6.64%から 4.23%へ縮小していた。

純資産比率は 2022 年 76.45%から 2025 年 79.26%へ上昇しており、内部留保の面では一定の健全性が維持されていた。ただし、2025 年時点では赤字施設が 3 施設存在していた。

また 2025 年の規模別比較では、透析ベッド 40 床以上施設の平均純利益率は 5.94%であり、40 床未満施設の 3.87%を上回った。大規模施設は固定費を分散しやすい一方、小規模施設は患者数の変動や人件費上昇の影響を受けやすい状況にあった。

表４：長崎県内 14 施設の主要経営指標推移

年度	事業収益(千円)	事業利益(千円)	営業利益率(%)	純資産比率(%)
2022 年	5,811,480	386,129	6.64	76.45
2023 年	5,816,611	327,265	5.63	77.64
2024 年	5,816,951	324,468	5.58	79.18
2025 年	5,693,356	241,006	4.23	79.26

表５：2025 年の規模別収益性と赤字施設

区分	施設数	平均営業利益率(%)	平均純利益率(%)
透析ベッド 40 床以上	5	2.98	5.94
透析ベッド 40 床未満	9	2.89	3.87
赤字施設数	3	−	−

注）赤字施設はいずれも本業採算の改善余地を有する可能性がある。

4-4. 長崎県人口見通しと透析施設需要

長崎県の人口見通し（長崎県,2025）によれば、2035 年の総人口は 108.6 万人となり、2020 年比で 22.6 万人、17.2%の減少が見込まれている。一方で、老年人口は 2024 年時点で 43.1 万人、2035 年で 42.1 万人と高水準を維持し、高齢化率は 38.8%まで上昇する見通しである。また、生産年齢人口の減少により、医療従事者の確保が一層難しくなる可能性がある。

長崎県では CKD 医療連携体制や健診受診率向上施策が進められており、腎機能低下の早期発見・早期介入が重視されている（国民健康保険中央会,2023）。2023 年度比較では、長崎県の早期発見率は 39.0%で全国平均 38.2%をやや上回っていた。加えて、2026 年度診療報酬改定では人工腎臓が一律▲20 点となり、腎代替療法診療体制充実加算＋20 点（厚生労働省近畿厚生局,2026）が新設された。このことにより腹膜透析が増加し、血液透析が減少する可能性がある。

4-5. 長崎県の透析患者数・新規導入患者数の将来予測

長崎県における 2015 年から 2024 年までの慢性透析患者数（年末）は、2021 年の 4,092 人をピークに減少に転じ、2024 年末時点では 3,932 人となった（正木ら,2025）。年間新規導入患者数は 2018 年の 477 人をピークに減少し、2024 年には 387 人（▲18.7%）となっている（正木ら,2025；長崎県,2025）。

これらの実績値に基づき、長崎県中期人口見通し（長崎県,2025）および全国的な透析患者数予測研究（Morinaga et al.,2025；若杉,2023；太田,2025）を参照しつつ、2025 年から 2035 年にかけての長崎県の透析患者数・新規導入患者数を試算した（図 2）。試算では、近年の減少トレンド（年末患者数▲約 50〜60 人/年、新規患者数▲約 10 人/年）が継続すると仮定した。その結果、2035 年時点での年末患者数は約 3,524 人、新規導入患者数は約 278 人と推計された。

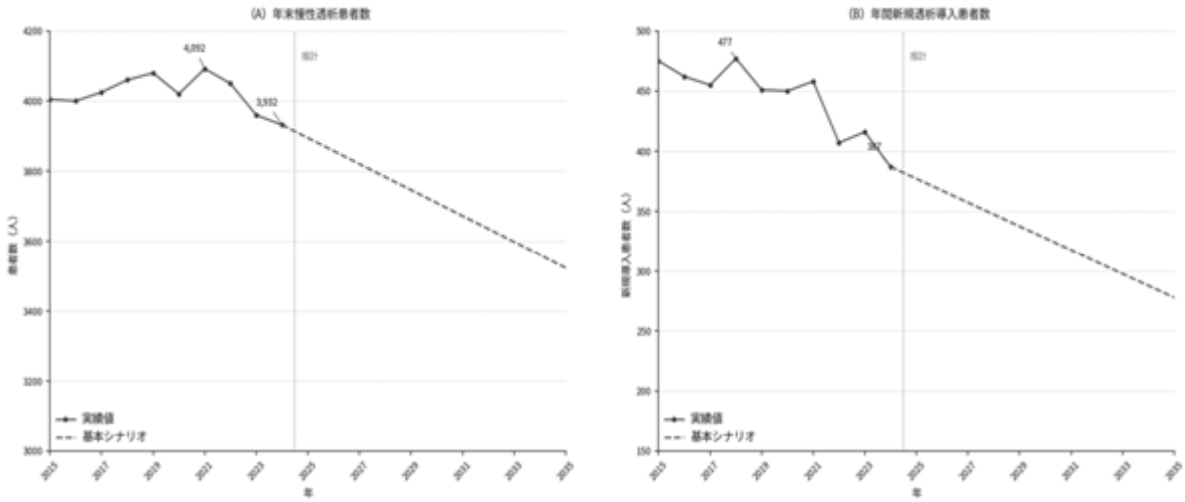

図２：長崎県の透析患者数・新規導入患者数の将来予測（2015～2035 年）

注）実測値は日本透析医学会統計調査（2015～2024 年）に基づく。予測値は長崎県中期人口見通し（2035 年）および既存研究の全国トレンドを参考に、近年の減少傾向が継続すると仮定して筆者が試算した基本シナリオであり、公式予測ではない。

（出所：日本透析医学会統計調査、長崎県中期人口見通し、Morinaga et al.（2025）、若杉（2023）、小川ら（2025）を参考に筆者作成）

4-6. 透析患者数が減少する可能性：薬物療法と看護体制の役割

近年の透析患者数減少の背景要因として、SGLT2 阻害薬や GLP-1 受容体作動薬の普及が挙げられる。これらは CKD や糖尿病性腎症の進行抑制に寄与し、透析導入リスクを低下させることが報告されている（Perkovic et al., 2019；Heerspink et al., 2020；The EMPA-KIDNEY Collaborative Group,2023；Perkovic et al.,2024）。SGLT2 阻害薬の 11 の大規模臨床試験のメタ解析によれば、SGLT2 阻害薬は糖尿病合併 CKD において腎複合イベントを 41%（HR：0.59, 95 %CI：0.54-0.65）、糖尿病非合併 CKD において 32%（HR：0.68, 95%CI：0.49-0.95）減少させることを大島ら（2025）は述べている。

また、隣の佐賀県では糖尿病コーディネート看護師の育成・配置を通じて、新規人工透析導入患者数の抑制に結びつく取り組みが報告されている（佐賀県健康福祉政策課,2024；佐賀県健康福祉部健康増進課,2019；古賀,2023；永渕ら,2024）。このことにより、佐賀県内の糖尿病腎性を原因とする新規透析導入患者は、150 名(2012 年)から 95 名(2021 年）まで減少する関連性（古賀,2023）を述べている。これらは長崎県の将来像を直接示すものではないが、今後の透析導入抑制に関連しうる背景要因として位置づけられる。

５．考察

本研究の統合分析から最も重要な点を以下に述べる。患者側は、急変時対応、送迎、通いやすさ、水質管理、説明支援、栄養相談といった、継続治療の安心感と生活支援に直結する機能を重視していた。これらは透析医療の質を支える中核である一方、施設側からみれば人員配置、教育、時間、送迎費、設備保守等を要し、短期的な増収に直結しにくい。すなわち、患者価値の高い領域ほど費用負担が大きくなりやすいという構造が、地方都市の透析施設経営における根本的課題として浮かび上がった。

長崎県内 14 施設の決算集計では、事業収益の減少幅が限定的である一方、事業利益は大きく低下していた。透析経営は高固定費型であるため、わずかな患者減や単価停滞、人件費上昇が利益を圧迫しやすい。純資産比率が高くみえる場合でも、それは過去の蓄積を反映している可能性があり、将来の本業採算を保証するものではない。むしろ、内部留保が一定程度確保されていることによって、足元の利益低下が見えにくくなる危険もある。したがって、表面的な安全性のみで経営を評価するのではなく、本業の収益力低下を早期に把握し、設備更新、人員配置、送迎体制を含めた運営全体を見直す必要がある。

規模別比較では、透析ベッド 40 床以上施設の平均純利益率が高かった。透析医療では、水処理設備、透析装置、夜間対応、人材教育、送迎運用、感染対策、災害対応などに固定費がかかるため、一定規模を持つ施設ほど費用を分散しやすい。一方、小規模施設には地域密着性や柔軟な意思決定といった長所があるが、それだけでは費用上昇や患者減少を吸収しにくい。したがって、規模の違いは単なる収益性の差ではなく、今後の投資余力、人材確保力、機能維持力の差として現れる可能性がある。

人口見通しを踏まえると、この問題は今後さらに大きくなる可能性がある。総人口減少は患者基盤の縮小を、生産年齢人口減少は医療従事者確保の難化を意味する。高齢化率の上昇は、患者の ADL 低下、送迎需要、家族支援ニーズの増大を通じて、透析施設の周辺コストを押し上げると考えられる。地方都市の透析施設は、患者数が増えにくい時代に、より手厚い支援を求められるという二重の課題に直面している。患者一人当たりに必要な支援が重くなる一方、支える側の労働供給は縮小するため、このねじれをどう管理するかが中長期の重要課題である。

また、患者本人と家族では重視する点に一定の違いがみられた。患者本人では栄養指導や通院継続支援が、家族では説明の丁寧さや痛みの少なさが相対的に重視されていた。ただし、これらは統計学的に明確な群間差として確認されたわけではないため、解釈には慎重を要する。それでも、患者本人は日常生活の自己管理と継続通院を、家族は治療過程の安心と負担軽減を意識している可能性があり、施設側が支援内容を設計する上で示唆的な内容であると考える。

以上を踏まえると、施設運営では患者向け・家族向けの視点を意識しつつも、共通基盤としての安全性、送迎、説明体制を優先して整備することが現実的である。また、地方都市では単独施設完結型モデルから地域連携型モデルへの転換も重要である。送

迎、シャントトラブル対応、栄養指導、在宅療法説明、災害時の支援透析体制などを医療圏単位で補完し合うことは、質と効率の両立に資する可能性がある。すべての施設が同一機能を個別に抱え込むのではなく、地域全体で必要機能を残すという視点が必要である。

政策面では、患者価値は高いが採算化しにくい機能をいかに評価するかが課題である。送迎、説明支援、栄養相談、家族支援、災害対応、在宅療法支援は、地域透析医療の持続性に寄与するが、現場ではコスト増として認識されやすい。診療報酬や補助制度がこれらを十分に支えない場合、経営余力の乏しい地域施設から順に提供が困難となる可能性がある。とくに人口減少地域では、採算のみで縮小が進めば、患者の医療アクセス格差が拡大するおそれがあるため、制度的支援設計も重要である。

したがって、地方都市の透析施設に求められるのは、患者価値の高い機能への重点配分と、固定費負担を見据えた経営の再設計である。評価軸も、単純な患者数や売上だけでなく、患者維持率、通院継続率、説明満足度、災害時継続能力など、質と信頼を反映する指標へ広げていく必要がある。また腎代替療法診療体制充実加算＋20 点の加算要件の一つとして腹膜透析の実施が加わった。腹膜透析患者が増加すると血液透析患者が減少するので、血液透析のみの施設は留意する必要がある。以上のことから、成長戦略と縮小戦略を対立的に捉えるのではなく、将来需要に応じて両者を組み合わせる視点が重要である。

5-1. 総合分析

患者アンケートでは、急変時対応、水質管理、設備、送迎、相談しやすさが上位に挙がり、透析施設に対する期待の中心が快適性よりも安全性と継続性にあることが示された。患者本人は栄養指導や自己管理支援を、家族は説明の丁寧さや痛み軽減を相対的に重視していたが、施設運営上は個別ニーズへの配慮を保ちつつ、共通の重要機能を優先して整備することが基本になると考える。これは、限られた経営資源を配分する際の優先順位づけに直結する。

経営分析では、収益性のみならず、財務体質の持続可能性を合わせて評価する必要が示された。透析医療は設備集約型であり、自己資本、資金繰り、固定資産投資のバランスが継続性を左右する。したがって、単年度利益だけでなく、本業収益力の推移、人件費率、材料費率、光熱費率、送迎コストなどを継続的に把握することが重要である。とくに利益低下が緩やかに進行する局面では、黒字であっても構造的な弱体化が進んでいる可能性があるため、早期警戒的な管理が必要となる。

5-2. 地方都市透析施設への提案

第一に、通院送迎の再設計が重要である。外来血液透析における送迎実態調査（山川ら, 2024）では 2016 年は 17.8%の利用率が 2021 年には 35%の利用率とかなりの上昇が報告されている。患者一人当たりの送迎費用の平均値が 24,133 円であり、全国透析施設までの通院年間支出金額は約 360 億円とかなりの額になり、透析施設経営を

かなり圧迫している。高齢化が進むほど、自家用車通院や公共交通のみで透析を継続できる患者は減少すると考えられる。送迎は車両費、人件費、待機時間、事故対応、感染対策など多くの費用を伴うため、無料送迎を前提とするのではなく、医療圏全体での共同運行、時間帯再編、利用基準の明確化などを含めて見直す必要がある。このことから今後は付帯サービスではなく、治療継続のインフラとして捉える必要がある。

第二に、説明支援の充実が必要である。説明支援は家族の安心形成にとどまらず、トラブル予防や治療継続にも関わる。透析は週三回という高頻度受療であり、検査値、除水量、シャント状態、合併症対応など、日々の小さな説明の積み重ねが信頼関係を形成する。標準化された説明資料、面談記録、家族同席機会の確保、多職種間の役割分担によって、限られた時間でも説明の質を高めることが可能である。

第三に、栄養指導の位置づけを見直す必要がある。患者本人群で栄養指導・食事相談の重要度が高かったことは、透析患者が医療技術だけでなく、日常生活の中で実行可能な自己管理支援を求めていることを示している。食事療法はカリウム、リン、塩分、水分、たんぱく摂取など多面的であり、個別状況に応じた助言が不可欠である。管理栄養士の配置が難しい施設でも、地域連携やオンライン活用を通じて栄養支援を継続する工夫が求められる。

第四に、水質管理や急変時対応といった基盤機能の可視化が重要である。これらは患者から見えにくいが、強く期待されている機能である。透析液清浄化、感染対策、災害時の水・電力確保、救急搬送ルート、近隣病院との連携などを平時から整備し、患者・家族に分かりやすく示すことは、安心感と施設信頼性の向上につながる。事業継続計画（BCP）や支援透析体制の整備も、平時の競争力と有事の継続性の両面で重要である。

第五に、人材確保戦略を経営戦略の中心に据える必要がある。生産年齢人口の減少は、看護師や臨床工学技士の採用難と定着難を意味する。例えば長崎労働局（2026）によると 2026 年 6 月現在の過去 1 年累計を見ると、看護師等の新規求人数 7,216 人に対して充足数 1,207 人・充足率 16.7%、臨床工学技士等の医療技術者の新規求人数 2,947 人に対して充足数 325 人、充足率 11.0%と採用が中々取れない現状がある。

ただ人件費のみを抑制する運営は、離職増加とサービス低下を招き、結果として患者維持率の低下につながりうるため、教育体制、勤務負担の平準化、タスクシフト、ICT 活用などを通じて、少人数でも質を維持できる体制を構築する必要がある。人的資源を単なる費用ではなく、継続性を支える基盤として位置づける視点が重要である。

第六に、施設再編や機能分担を地域最適化の視点から捉える必要がある。患者数が自然増しない局面では、全ての施設が同じ機能を持つよりも、急性期対応、維持透析と送迎、在宅療法説明や腹膜透析支援など、それぞれの強みに応じた役割分担を進めた方が、地域全体の質を維持しやすい。再編とは単純な撤退ではなく、限られた資源を高い重要度機能へ集約する過程として理解する必要がある。

第七に、腎代替療法選択支援は、将来の患者数だけでなく施設の社会的役割にも関わる。保存期 CKD からの早期介入、腹膜透析や腎移植の説明、在宅医療との連携までを視野に入れた施設は、地域腎不全医療の中核としての役割を担いやすい。短期的には血液透析患者数の減少に働く面があっても、長期的には地域からの信頼と紹介連携の基盤になりうる。

第八に、経営管理の実務では多面的な KPI で管理することが重要である。月次患者数や売上だけでなく、患者維持率、紹介受入率、送迎利用率、加算取得率、職員離職率、1 床当たりの利益などを継続的に把握することが望ましい。透析施設の収益悪化は緩やかに進行することが多いため、最終利益が黒字である段階から、本業収益力の低下を把握できる仕組みが必要である。

第九に、地方都市の透析医療を守るためには、多職種・多機関による危機認識の共有が重要である。経営者、医師、看護師、臨床工学技士、管理栄養士、事務職、自治体、介護事業者が、患者数減少と高齢化を前提に、優先すべき機能と投資を定量データに基づいて合意形成していく必要がある。誰にとっても重要な価値を共有し、共同化できる領域を見極めることが、地域透析医療の持続可能性につながる。

5-3. 制度・人口構造の長期展望

今後の地方都市透析施設には、現在の患者数をどう維持するかだけでなく、患者数が減少しても地域医療として必要な機能をどう残すかという発想への転換が求められる。人口減少下では絶対数の維持が難しくても、医療アクセスの維持は公共的に重要である。したがって、評価軸はシェア争いから、地域内での機能存続可能性、災害時継続性、紹介連携力、通院困難者への対応力へ移っていくと考えられる。

透析患者の高齢化は、平均年齢の上昇に留まらず、認知機能低下、独居化、フレイル、介護保険サービス利用、終末期意思決定など、透析医療の周辺支援需要を拡大させる。地方都市では家族が従来どおり介助や送迎を担えない場面も増える可能性がある。このため、透析施設は治療提供の場にとどまらず、生活支援と意思決定支援の接点としての役割を担うことになる。

この構造変化は、透析施設の評価指標にも影響する。従来の透析件数、稼働率、売上高に加え、転院率、通院中断率、救急搬送頻度、家族説明満足度、栄養介入率など、患者経過の質を反映する指標の重要性が高まる。質指標を経営管理に取り込むことは、単なる理念ではなく、患者維持と地域信頼の双方に関わる実務課題である。

さらに、医療材料費や光熱費の変動リスクにも注意が必要である。透析医療は大量の電気、水、消耗品を使用するため、物価上昇局面では費用が先に変動しやすい。共同購入、在庫最適化、設備更新計画の平準化、省エネルギー投資の検討など、医療外の経営技術も重要になる。地方の中小施設ほど価格転嫁が難しいため、こうした管理技術の差が収益性に与える影響は大きい。

一方で、地方都市には、患者と職員の距離が近く、地域ケアマネジャー、訪問看護、介護事業者、自治体などに顔の見える連携を構築しやすいという利点もある。透析施

設が地域包括ケアの一部として機能すれば、通院困難の早期発見や生活課題把握、在宅療法移行支援など、都市部とは異なる柔軟な支援モデルを構築できる可能性がある。

また、長崎県の公開決算データを用いた分析が示すように、同一県内・同一地域でも法人間格差は大きい。これは外部環境が同じでも、人件費、患者構成、立地、病床機能、運営効率、ガバナンス、投資判断、人材定着、加算取得状況などによって成果が分かれることを示している。したがって、地域要因だけでなく、各法人の経営判断の質にも着目する必要がある。

以上を踏まえると、地方都市の透析施設に必要なのは、成長戦略と縮小戦略を同時に持つことである。成長戦略とは、質の高いコア機能への選択と集中であり、説明支援・栄養支援・安全管理による患者維持、地域連携強化による紹介確保である。縮小戦略とは、患者減少を前提とした固定費見直し、共同化、機能分担、場合によっては再編や統合を含む選択である。この両者を対立させず、時間軸に沿って組み合わせることが現実的である。

5-4. 地域再編と課題

地方都市における施設再編を論じる際には、効率性だけでなく倫理性にも配慮しなければならない。透析は週三回の通院を前提とするため、施設統合によって片道時間がわずかに延びるだけでも、患者の身体負担、家族負担、送迎コスト、就労継続可能性に影響する。さらに、患者・家族が重視する項目は一様ではなく、送迎、説明、痛みの少なさ、プライバシーなど、価値の置き方には多様性がある。したがって、経営合理化の名の下に地域内施設を単純に同質化・集約化することは適切ではない。

家族介護の観点からみても、透析施設の存在は家庭生活の時間配分に影響する。週三往復六回の送迎時間、待ち時間、急変時の連絡調整、食事管理、合併症受診への付き添いは、家族就労や介護離職とも関わる。家族群が説明支援や痛み軽減を重視したことは、家族が治療継続の重要な担い手であることを示している。したがって、透析施設の評価は患者本人のみではなく、家族負担の視点を含めて考える必要がある。

経営の立場からは、将来不確実性の高い時代において投資判断の時間軸を明確にすることが重要である。大型設備更新、送迎車両更新、建物改修、人材採用、ICT 投資は、短期収支だけでは評価しにくいが、過大投資と過少投資の双方にリスクがある。したがって、中期事業計画の中で優先順位を明確にし、地域需要と連動させながら判断する必要がある。限られた資源で最大限の効果を得るためには、投資対象が患者価値の高い機能にどの程度寄与するかを基準に検討することが重要である。

5-5. 透析患者の心理的負荷

透析患者が抱える精神的・心理的負荷は重要な論点である。春木（1999）や服巻（2021）が指摘するように、透析患者は生活制限、身体的負担、社会的制約、医療への依存など複合的な負荷を抱えている可能性がある。また透析患者は様々な抑圧感情や葛藤を抱えながら透析治療に向き合っている現状があり、言語化しにくいこともあ

ると陣内（2025）は述べている。ただし、本研究では施設選定要因に関する量的把握を主としており、こうした心理的側面を十分に検討することはできなかった。施設選定に影響する潜在的要因として、今後、質的研究を含めて検討する必要がある。

６．研究の限界

本研究にはいくつかの限界がある。第一に、アンケートは 67 例と小規模であり、WEB 調査に回答可能な層に偏っている可能性がある。第二に、長崎県内決算データは 14 施設に限定されており、全国一般化には限界がある。第三に、重回帰分析は探索的なものであり、多重比較や 5 件法尺度の近似に伴う解釈上の制約を有する。第四に、将来予測シナリオは、既存の全国レベルの研究や人口推計を参考に構築した試算であり、長崎県独自の疫学データによる検証が必要である。したがって、本研究の結果は、地方都市における透析施設経営の論点を示すものとして位置づけるのが妥当である。

７．結論

地方都市の透析施設は、患者減少、高齢化、診療報酬圧縮、人材確保難という複数の制約の下で運営されている。一方で、本調査の範囲では、患者・家族は安全性、通院継続性、説明支援、水質管理、送迎など、透析医療の中核的価値に関わる機能を重視する傾向が示された。ただ医療機関の経営資源（ヒト、モノ、カネ、時間）は有限であり、無駄を省いて、限られた資源で最大限の効果を発揮するためには、適切かつ合理的な経営的判断が欠かせない（裴英洙,2025）。したがって、今後の透析施設経営では、全機能を一律に拡張するのではなく、患者価値の高い機能に資源を重点配分し、低付加価値業務を効率化し、施設間連携によって固定費負担を調整する方向性が重要になると考える。とりわけ地方都市では、患者数の絶対量よりも、必要な機能をどう維持するかという視点が重要になる。

また、SGLT2 阻害薬・GLP-1 受容体作動薬による腎保護効果や、佐賀県のコーディネート看護師体制に代表される地域介入の知見は、透析導入患者数の変化を考える上で参考となる。長崎県のような人口減少地域では、透析患者数維持のみを目標とするのではなく、地域全体で必要な機能を見極め、共同化と役割分担を進めながら、患者が安心して治療を継続できる体制を整えることが求められる。その意味で、本研究は地方都市透析医療の将来像を検討するための基礎的資料として位置づけたい。

謝辞

本稿の執筆にあたり、兵庫県立大学大学院社会科学研究科の井出健二郎教授より懇切丁寧なご指導を賜りました。ここに深く感謝申し上げます。また、兵庫県立大学大学院社会科学研究科医療・介護マネジメントコースにおいてご教授頂いた数々の先生方、並びに苦楽を共にした同期の皆さまに、心より御礼申し上げます。

参考文献

[1] Morinaga H, Yamamoto J, Kaneko S, et al. (2025) Forecasting the Dialysis Burden in Japan: Validation-Based Projections of Prevalence and Incidence Through 2050. *Clinical Kidney Journal, 18*.

[2] Perkovic V, Jardine MJ, Neal B, et al. (2019) Canagliflozin and Renal Outcomes in Type 2 Diabetes and Nephropathy.*New England Journal of Medicine, 380* (24) ,2295-2306.

[3] Perkovic V, Tuttle KR, Rossing P, et al. (2024) Effects of Semaglutide on Chronic Kidney Disease in Patients with Type 2 Diabetes.*New England Journal of Medicine, 391* (2) ,109-121.

[4] The EMPA-KIDNEY Collaborative Group (2023) Empagliflozin in Patients with Chronic Kidney Disease.*New England Journal of Medicine, 388* (2) ,117-127.

[5] 太田圭洋，正木崇生，宍戸寛治，土谷晋一郎，安藤亮一，甲田豊，百武宏幸，吉田英昭，山川智之（2026）「第 29 回透析医療費実態調査報告」『日本透析医会雑誌』41（1），pp. 76-83.

[6]大島恵，岩田恭宜（2025）「SGLT2 阻害薬の CKD・DKD に対する治療効果」『日本腎臓学会誌』67（5），pp. 613-620.

[7] 太田圭洋（2025）「透析患者数減少の背景と腎代替療法の展望」『日本透析医会雑誌』40（3），pp. 353-359.

[8] 古賀明美（2019～2023）「糖尿病腎症重症化予防におけるコーディネート看護師を活用した医療連携の有効性の検証」科学研究費補助金 基盤研究（C）課題番号 19K10852，佐賀大学医学部.

[9] 陣内聡（2025）「透析患者に対するコラージュ療法の可能性」『コラージュ療法学研究』16，pp. 29-40.

[10] 友雅司,倉賀野隆裕（2026）『日本透析医学会施設会員名簿』（2026 年度版）日本透析医学会. pp. 183-186.

[11] 春木繁一（1999）『透析患者の心とケア―正編 サイコネフロロジーの経験から』メディカ出版. pp. 48-54，pp. 110-112.

[12] 裴英洙（2025）『医療経営学概論』日経 BP. p. 8.

[13] 服巻豊（2021）『維持透析患者のこころとからだ―内なる自己治療活動をつむいでいく―』広島大学出版会. p. 3.

［14］堀川惠子（2024）『透析を止めた日』講談社. pp.217-286.
［15］正木崇生，星野純一，谷口正智，福間真悟，友雅司（2025）「わが国の慢性透析療法の現況（2024年12月31日現在）」『日本透析医学会雑誌』58（12），pp.524-590.
［16］永渕美樹，藤井純子，南里穂，安西慶三，古賀明美（2024）「佐賀県糖尿病コーディネート看護師の育成と活動の実際」『日本糖尿病教育・看護学会誌』28（2），pp.85-91. DOI：10.11477/mf.134284970280020085.
［17］山川智之，小林真也，太田圭洋，宍戸寛治，緒方浩顕，武本佳昭，友雅司，中井滋，中元秀友（2024）「外来血液透析における通院送迎に関する実態調査」『日本透析医会雑誌』39（1），pp.54-63.
［18］若杉三奈子 他（2023）「健康診断データを活用した地域レベルでのCKD患者数の推計」『日本腎臓学会誌』65（5），pp.485-490.

引用ホームページ

［1］厚生労働省（2025）「令和6年度 医療費の動向」
https://www.mhlw.go.jp/content/10808000/001563487.pdf（2026年7月29日アクセス）
［2］厚生労働省（2026）健康・生活衛生局がん・疾病対策課「腎不全患者の在宅医療等に関する医療連携体制モデル事業公募要領」
https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/001645062.pdf（2026年7月29日アクセス）
［3］厚生労働省近畿厚生局（2026）「腎代替療法診療体制充実加算の施設基準に係る届出」
https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/kinki/r8-2-286.pdf（2026年7月29日アクセス）
［4］厚生労働省（2024）保険局医療課「令和6年度診療報酬改定の概要（医科全体版）」
https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001252076.pdf（2026年7月29日アクセス）
［5］国民健康保険中央会（2023）「市町村国保特定健康診査・特定保健指導実施状況報告書（令和5年度）」
https://www.kokuho.or.jp/statistics/tokutei/sokuhou/lib/250314_3211_tokute.pdf（2026年7月29日アクセス）

[6] 腎疾患対策検討会（2023）「腎疾患対策検討会報告書―腎疾患対策の更なる推進を目指して―」 https://www.mhlw.go.jp/content/10905000/001150834.pdf（2026年7月29日アクセス）
[7] 長崎県（2025）「長崎県中期人口見通し（2026年～2035年）」 https://www.pref.nagasaki.jp/uploads/2025/09/1757055726.pdf（2026年7月29日アクセス）
[8] 長崎県（2022～2025）「長崎県医療法人の決算」 https://www.pref.nagasaki.jp/doc/page-740235.html（2026年7月29日アクセス）
[9] 長崎労働局（2026）「令和8年度職業別新規求人求職状況（求人倍率順） 令和8年6月末現在（過去1年累計）」 https://jsite.mhlw.go.jp/nagasakiroudoukyoku/content/contents/gijyo04_6-26072701.pdf（2026年8月5日アクセス）
[10] 佐賀県健康福祉政策課（2024）「新規人工透析導入患者の原疾患別推移（令和6年12月31日現在）」 https://www.pref.saga.lg.jp/kiji00359929/3_59929_361600_up_uswr042d.pdf（2026年7月29日アクセス）
[11] 佐賀県健康福祉部（2024）「糖尿病コーディネート看護師育成・支援事業」 https://www.pref.saga.lg.jp/kiji00359929/3_59929_358224_up_leolqcte.pdf（2026年7月29日アクセス）
[12] 佐賀県健康福祉部健康増進課（2019）「佐賀県における重症化予防対策～「ストップ糖尿病」対策事業～」 https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001347071.pdf（2026年7月29日アクセス）

別添

透析施設選定に関する WEB アンケート調査

回収期間：2026 年 05 月 22 日～2026 年 07 月 19 日

対象者

【居住地】全国

【年齢】15 歳以上 99 歳以下の血液透析患者本人もしくは透析患者同居家族

調査

WEB オンライン記入形式　無記名

予備設問

Q1　ご自身及び、ご家族が受けている透析を選んでください。

1 血液透析（透析施設）

2 血液透析（在宅透析）

3 腹膜透析

4 ハイブリッド透析（血液透析と腹膜透析の併用）

5 透析を受けていない。

Q2　前問で選択された透析を受けている方は、どなたですか？

ご自身

ご家族（同居）

ご家族（同居以外）

本質問

Q1　以前のアンケートで、ご自身またはご家族（同居）で透析を受けているとお答えの方に伺います。透析を受けている方は、どなたですか？（SA）

1 ご自身

2 ご家族（同居）

Q2　透析治療を開始してからの期間（透析歴）をお聞かせ下さい。（腎移植期間を除く。）（SA）

1 1 年未満

2 1 年～3 年未満

3 3 年～5 年未満

4 5 年～10 年未満

5 10 年～15 年未満

6 15 年～20 年未満

7 20 年以上

Q3　現在のご家族構成をお聞かせ下さい。（SA）

1 一人暮らし

2 配偶者と二人暮らし

3 配偶者と子ども

4 子どもと同居（配偶者なし）
5 親と同居
6 その他の家族と同居
7 施設入所中
8 その他

Q4　あなたが通われている透析施設について、あなたが感じていることをお聞かせ下さい。全ての質問に対して当てはまる項目を、１つだけお選び下さい。（MTS）

Q4-1 自宅や職場からの距離が近く、通いやすいことは重要である。
1 全く重要でない。
2 あまり重要でない。
3 どちらともいえない。
4 やや重要である。
5 非常に重要である。

Q4-2 施設による送迎サービスがあることは重要である。
1 全く重要でない。
2 あまり重要でない。
3 どちらともいえない。
4 やや重要である。
5 非常に重要である。

Q4-3 看護師や臨床工学技士の穿刺に対して、痛みの少なさは重要である。
1 全く重要でない。
2 あまり重要でない。
3 どちらともいえない。
4 やや重要である。
5 非常に重要である。

Q4-4　透析専門医や腎臓専門医が在籍し、専門的な診察・ケアを受けられることは重要である。
1 全く重要でない。
2 あまり重要でない。
3 どちらともいえない。
4 やや重要である。
5 非常に重要である。

Q4-5　スタッフが話しやすく、質問や相談がしやすい雰囲気があることは重要である。
1 全く重要でない。
2 あまり重要でない。
3 どちらともいえない。

4 やや重要である。
5 非常に重要である。
Q4-6 最新の透析機器や設備が整っていることは重要である。
1 全く重要でない。
2 あまり重要でない。
3 どちらともいえない。
4 やや重要である。
5 非常に重要である。
Q4-7 オンライン HDF など多様な血液浄化療法が選択できることは重要である。
1 全く重要でない。
2 あまり重要でない。
3 どちらともいえない。
4 やや重要である。
5 非常に重要である。
Q4-8 急変時や緊急時に迅速に対応できる体制があることは重要である。
1 全く重要でない。
2 あまり重要でない。
3 どちらともいえない。
4 やや重要である。
5 非常に重要である。
Q4-9 透析液や水質の管理が徹底されていることは重要である。
1 全く重要でない。
2 あまり重要でない。
3 どちらともいえない。
4 やや重要である。
5 非常に重要である。
Q4-10 管理栄養士による栄養指導・食事相談を受けられることは重要である。
1 全く重要でない。
2 あまり重要でない。
3 どちらともいえない。
4 やや重要である。
5 非常に重要である。
Q4-11 カウンセリングなど精神的なサポートを受けられることは重要である。
1 全く重要でない。
2 あまり重要でない。
3 どちらともいえない。
4 やや重要である。

5 非常に重要である。

Q4-12 施設の給食で腎臓病食（低カリウム・低リン・塩分調整など）を食べられることは重要である。

1 全く重要でない。
2 あまり重要でない。
3 どちらともいえない。
4 やや重要である。
5 非常に重要である。

Q4-13 透析中の運動療法（ベッド上運動やエルゴメーター利用など）が提供されることは重要である。

1 全く重要でない。
2 あまり重要でない。
3 どちらともいえない。
4 やや重要である。
5 非常に重要である。

Q4-14 プライバシーが守られた環境（個室・仕切りなど）があることは重要である。

1 全く重要でない。
2 あまり重要でない。
3 どちらともいえない。
4 やや重要である。
5 非常に重要である。

Q4-15 Wi-Fi やテレビなど、透析中の娯楽・情報設備が整っていることは重要である。

1 全く重要でない。
2 あまり重要でない。
3 どちらともいえない。
4 やや重要である。
5 非常に重要である。

Q4-16 治療内容や検査結果について、分かりやすく丁寧に説明してもらえることは重要である。

1 全く重要でない。
2 あまり重要でない。
3 どちらともいえない。
4 やや重要である。
5 非常に重要である。