

医療介護福祉政策研究フォーラム 新春座談会  
2026年1月22日(木)14:00～17:30

わが国の医療システム  
日本の医療・介護：当面する課題にどう対応するか

(厚生労働省 医務技監)  
迫井 正深

- ※ 講演の内容は演者の見解に基づくものです。政府の公式な発表や表現、見解等とは必ずしも一致しない内容が含まれることをご承知ください。
- ※ 申告すべきCOIはありません。

# 私たちの医療・介護はかつてない危機的な状況に直面

## ■ 従前とは異なる物価・賃金の激変への対応に難渋している

- 低成長経済から成長軌道への転換(インフレ局面)
- 激動する国際政治情勢の影響(為替レートや関税の変動、エネルギーや特定の原材料など海外依存品の確保・調達コスト増等)

## ■ 人口構造の変遷に対処する体制転換が進んでいない

- 継続する高齢者増・勤労者減は給付と負担の調整が不可欠
- 入院・外来・在宅の需給バランスシフトに応じた体制転換が必要
- 過疎地域での受療者激減など従来モデルでは体制維持が困難



## ■ 社会全体の理解を得ながら、この難局をどう乗り切るか

# 私たちの医療・介護はかつてない危機的な状況に直面

## ■ 従前とは異なる物価・賃金の激変への対応に難渋している

- 低成長経済から成長軌道への転換(インフレ局面)
- 激動する国際政治情勢の影響(為替レートや関税の変動、エネルギーや特定の原材料など海外依存品の確保・調達コスト増等)

## ■ 人口構造の変遷による体制転換が進んでいない

- 継続する高齢化
- 入院・外来・在宅
- 過疎地域での支障者減など

医療機関が直面する  
当面の経営課題

## ■ 社会全体の理解を得ながら、この難局をどう乗り切るか

# 消費者物価指数と賃金の長期トレンド

消費者物価指数は、90年代後半以降横ばい傾向が続いていたが、22年以降上昇傾向にある。

給与額は、2000年以降低下傾向にあったが、22年以降上昇傾向にある。

図1 消費者物価指数 2020年=100 1947年～2024年 年平均

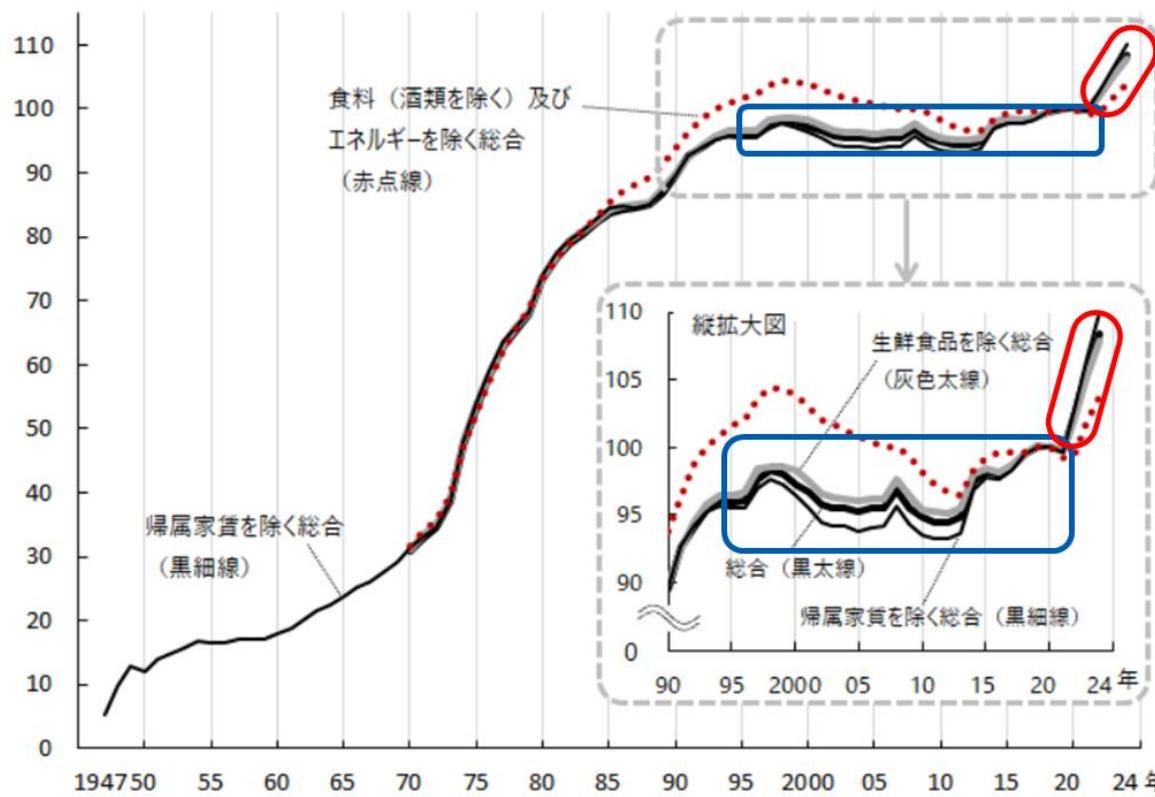
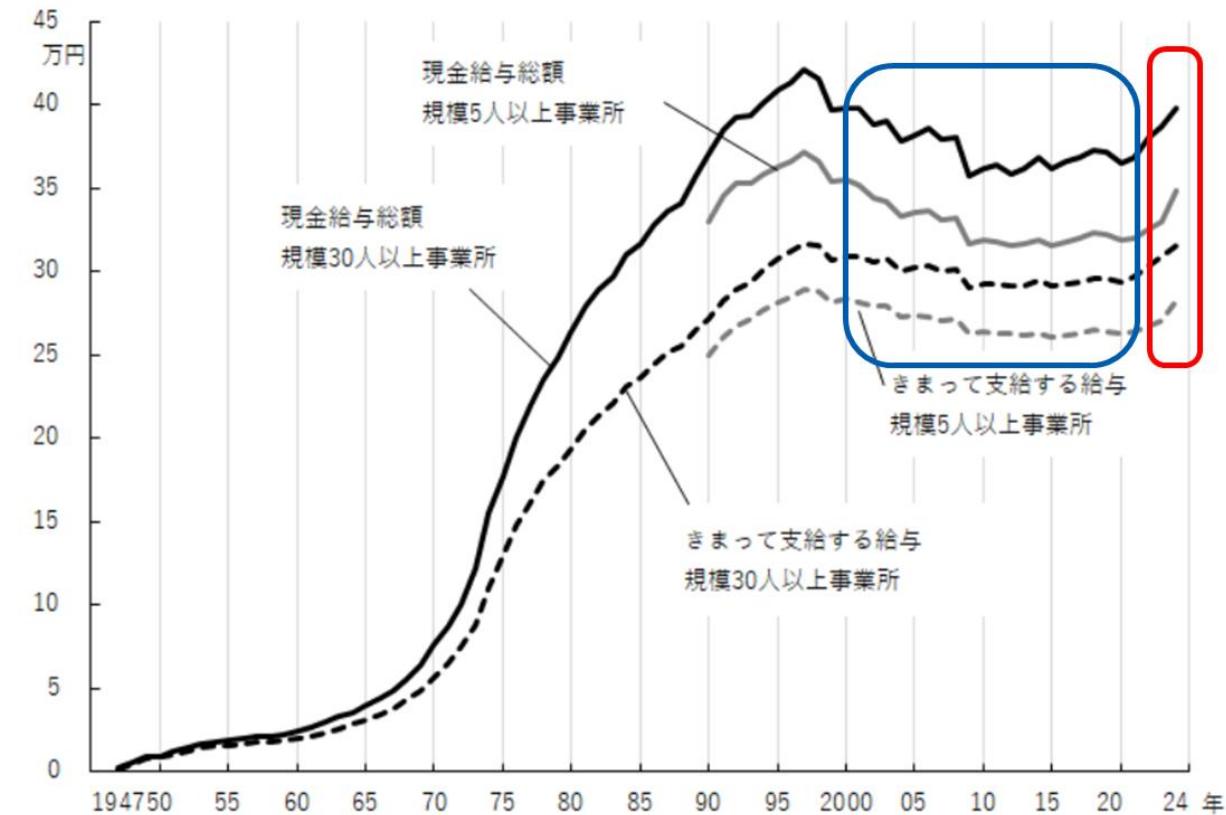


図1 常用労働者1人平均月間現金給与額 1947年～2024年 年平均



## 病院の収支構造の変化

2018年度と2023年度の病院の100床当たり損益を比較すると、事業収益の増加 (+10.3%) 以上に事業費用が増加 (+14.7%) したため、事業利益が悪化。金額ベースでは、費用の50%超を占める人件費増加の影響が最も大きい。

100床当たり損益の比較

科目	2018→2023の比較			
	2018	2023	増減額	増減率
事業収益	1,523,760	1,681,312	+157,552	+10.3%
事業費用	1,495,334	1,714,970	+219,636	+14.7%
人件費	855,635	947,106	+91,470	+10.7%
医薬品費	142,674	170,064	+27,389	+19.2%
その他の医療材料費	121,928	151,092	+29,164	+23.9%
給食材料費・委託費	34,901	40,994	+6,093	+17.5%
その他の委託費	63,244	79,648	+16,405	+25.9%
水道光熱費	28,040	33,106	+5,066	+18.1%
減価償却費	74,153	81,919	+7,766	+10.5%
その他費用	174,758	211,040	+36,282	+20.8%
事業利益	28,426	-33,657	▲62,084	-

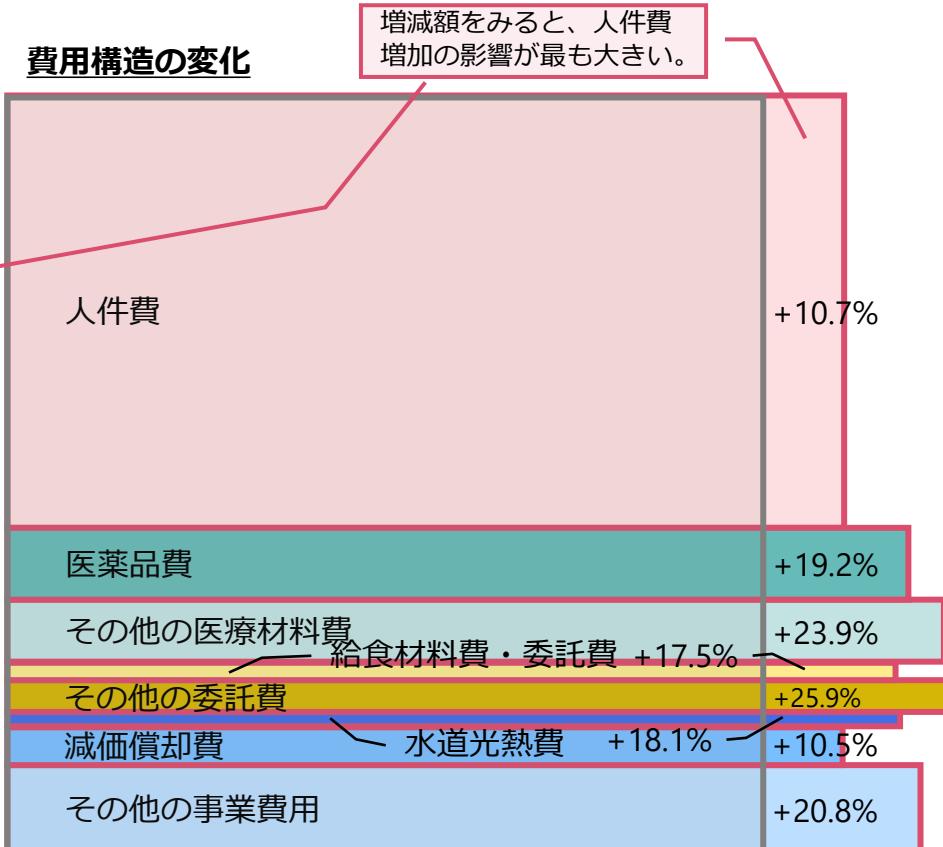
出典：福祉医療機構提供データに基づき、厚生労働省保険局医療課にて作成

対象病院は、福祉医療機構に貸借対照表・損益計算書いずれも提供している貸付先としており、2018年度1,061施設、2023年度1,943施設が対象

数値は病院全体のものであり、様々な機能や規模の病院が含まれていること、年度により対象施設数が異なることから、100床当たりの損益を計算して比較を実施

事業収益からは事業収益に計上されたコロナ補助金を除外。医薬品費は薬品全般の費消額であり、その他の医療材料費は診療材料費や医療消耗器具備品などの医薬品費以外の医療材料費のこと。人件費には給与費の他、法定福利費、退職給付費用、役員報酬を集計

費用構造の変化



: 2018年度の事業費用

: 2023年度の事業費用

## 委託費 | 100床当たり委託費の動向

- 病院では様々な委託が行われているが、主要な項目として医療機器の保守点検、医療事務、入院患者の食事、検査の4項目で委託費の半分を占めている。
- また、2018年6月と2024年6月で比較すると、委託項目のほぼ全てが20%以上上昇しており、委託費全体では25.1%上昇している。

単位：千円	2018年6月		2024年6月		2018年6月→2024年6月		
	金額	構成比	金額	構成比	増減額	増減率	年平均増減率
委託費	16,120	100.0%	20,171	100.0%	+4,051	+25.1%	+3.8%
保守点検（医療機器）	2,431	15.1%	2,994	14.8%	+563	+23.2%	+3.5%
医療事務	2,492	15.5%	2,920	14.5%	+428	+17.2%	+2.7%
患者食事	2,074	12.9%	2,466	12.2%	+392	+18.9%	+2.9%
検査	1,530	9.5%	1,959	9.7%	+429	+28.0%	+4.2%
清掃	1,263	7.8%	1,527	7.6%	+264	+20.9%	+3.2%
管理委託	694	4.3%	841	4.2%	+147	+21.2%	+3.3%
滅菌	423	2.6%	580	2.9%	+157	+37.1%	+5.4%
寝具類洗濯	419	2.6%	502	2.5%	+83	+19.8%	+3.1%
感染性（廃棄物処理）	380	2.4%	497	2.5%	+117	+30.8%	+4.6%
物品管理（SPD）	367	2.3%	492	2.4%	+125	+34.1%	+5.0%
病衣洗濯	127	0.8%	164	0.8%	+37	+29.1%	+4.4%
診療録管理	88	0.5%	112	0.6%	+24	+27.3%	+4.1%
その他	3,830	23.8%	5,119	25.4%	+1,289	+33.7%	+5.0%

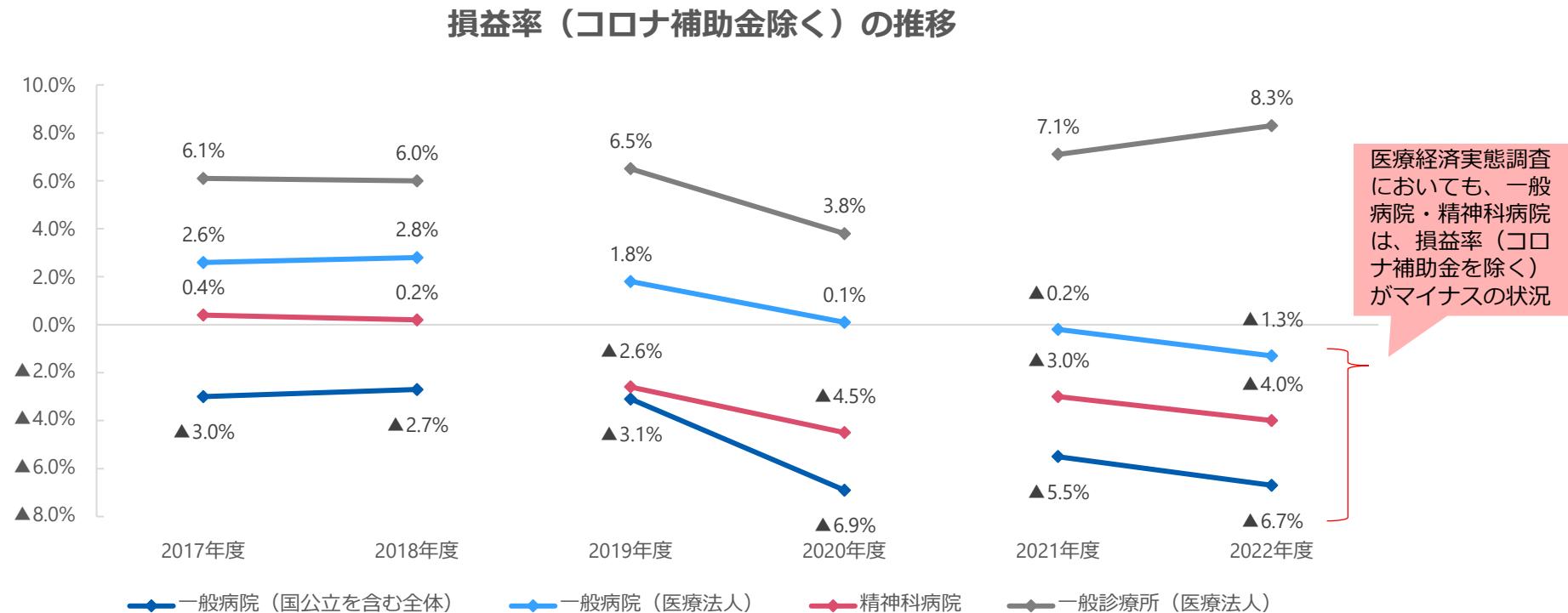
出典：全国公私病院連盟「病院経営実態調査報告」

委託費の各科目のいずれかに回答があつた施設を対象に集計し、100床当たりの金額を示している。

対象施設数は、2018年6月が643施設、2024年6月が577施設。

# 医療経済実態調査 | 損益率（コロナ補助金除く）の推移

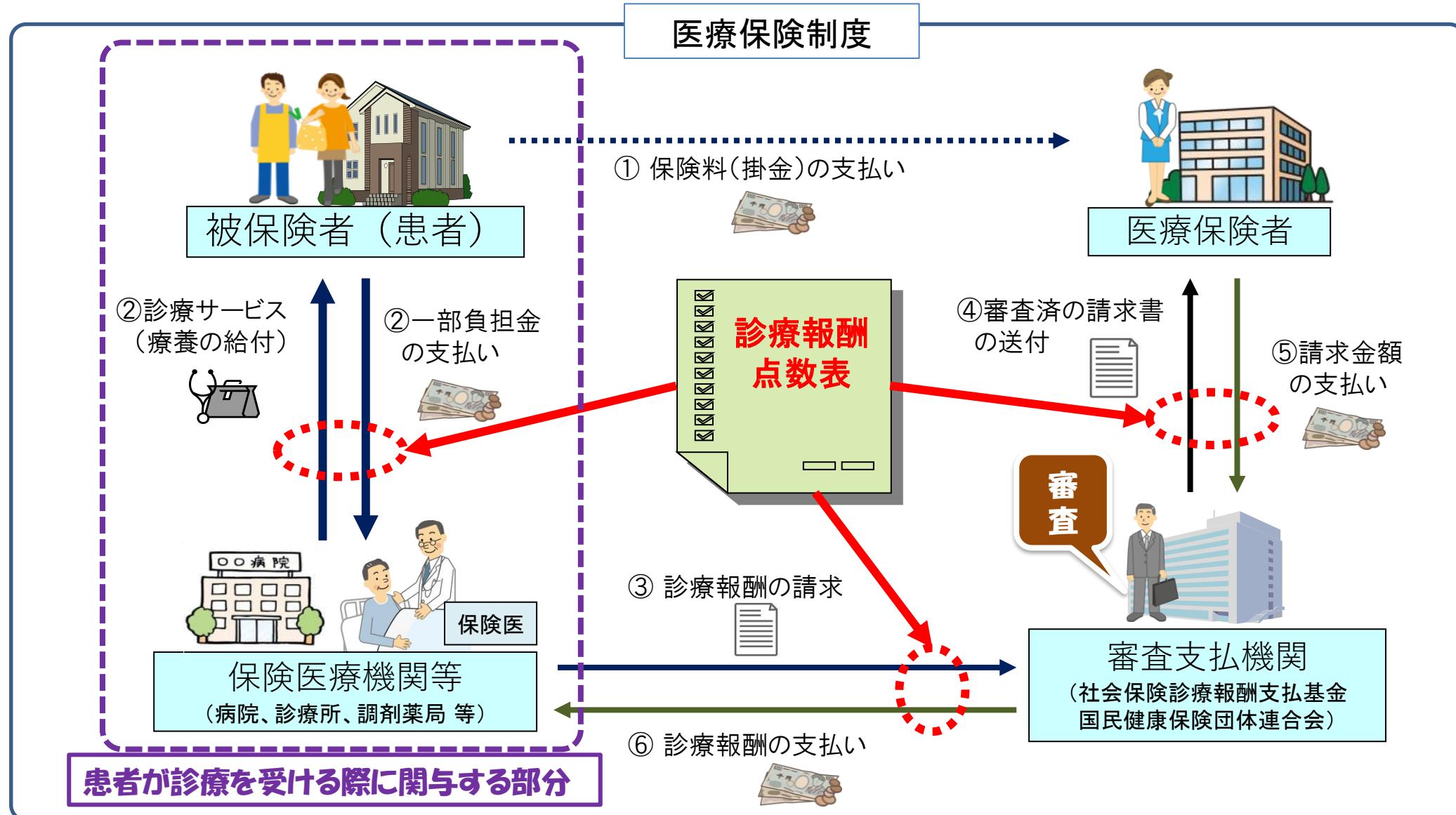
医療経済実態調査によると、一般病院・精神科病院の損益率（コロナ補助金除く）はマイナスとなっている状況。



出典：厚生労働省「医療経済実態調査」（2023年11月24日中医協調査実施小委員会、実-2-2）

計算式：損益率 =  $\frac{(\text{医業・介護収益} - \text{医業・介護費用})}{\text{医業・介護収益}}$  ※医業・介護収益は、新型コロナウイルス関係補助金を含まない額

# 診療の流れと診療報酬の影響



# 診療報酬制度の概要

## (1) 診療報酬とは

- 保険医療機関・保険薬局が**保険医療サービスの対価**として受け取る**報酬**
- 全ての保険医療機関・保険薬局に一律に適用される (**全国一律**)

## (2) 診療報酬の機能

- ① 個々の診療行為の**価格**を定める (**価格表**としての性格) ※1点10円で点数化



- ② 保険診療の**範囲・内容**を定める (**品目表**としての性格)

※ 点数表に掲載されていない診療行為は保険診療として認められない

- 技術・サービスの評価 (約5000項目)
- 物の価格評価 (医薬品については薬価基準で価格を定める 約17000項目)

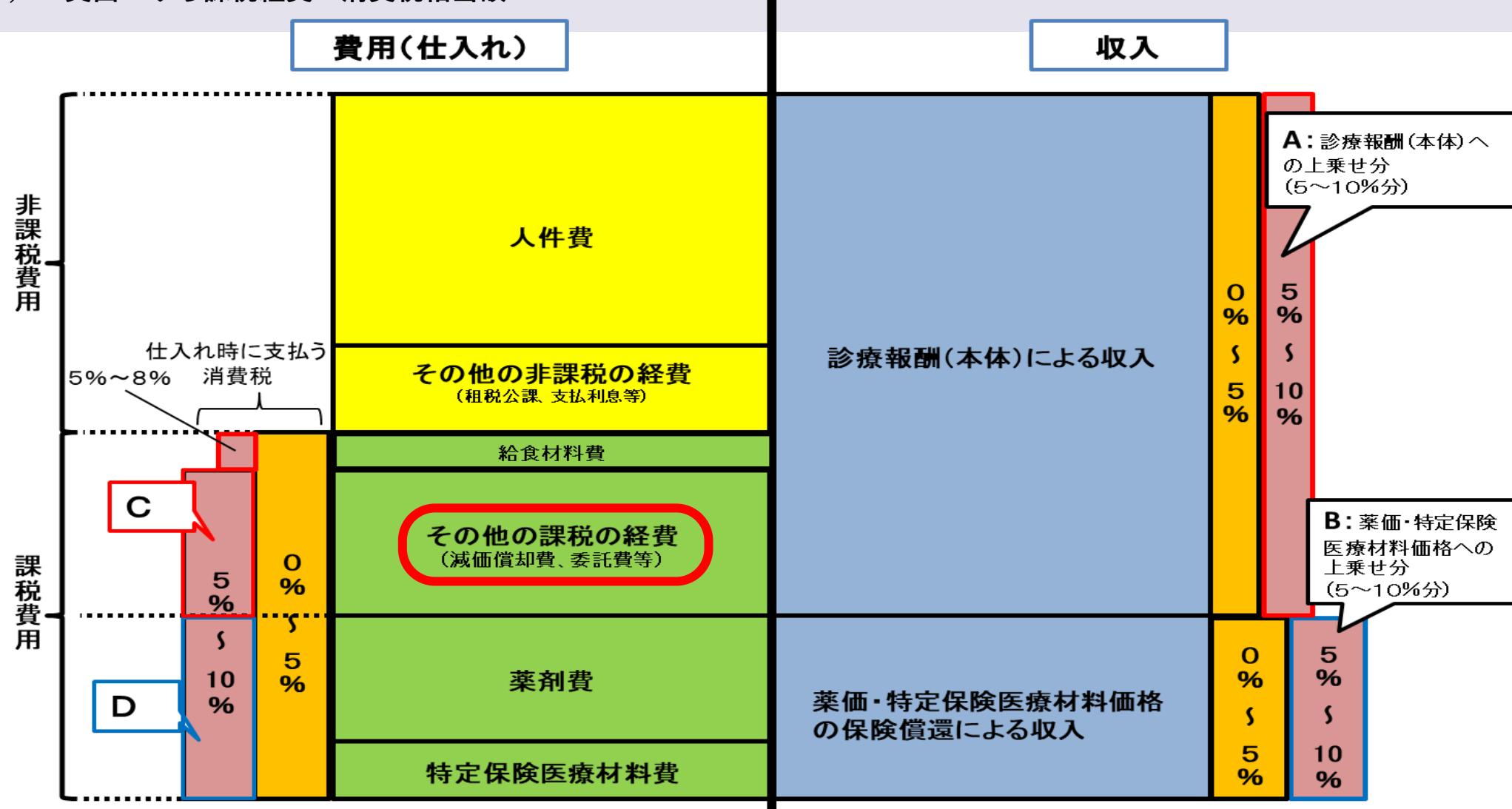
## (3) 診療報酬の主な役割・影響

- ① 医療サービス毎の報酬を規定 → 医療サービスの質・量に影響
- ② 保険医療機関の医業収入を規定 → 保険医療機関の経営に影響
- ③ 医療費 (医療資源) を配分 → 医療提供体制の構築に影響
- ④ サービス供給量と合わせて国民医療費を決定 → 国の予算 (財政)に影響

# 病院の費用構造・消費税課税対象経費と診療報酬の対応関係（イメージ）

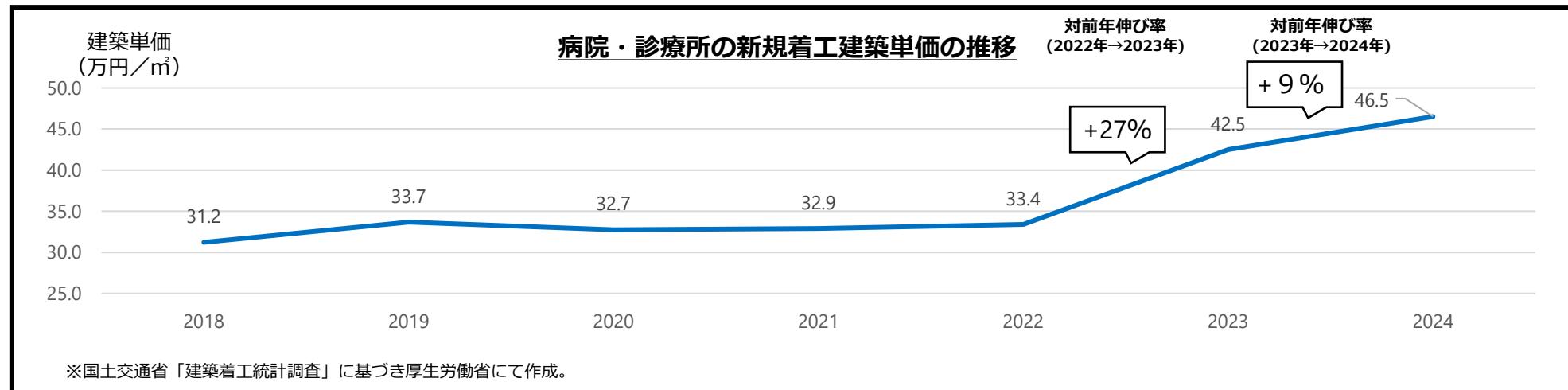
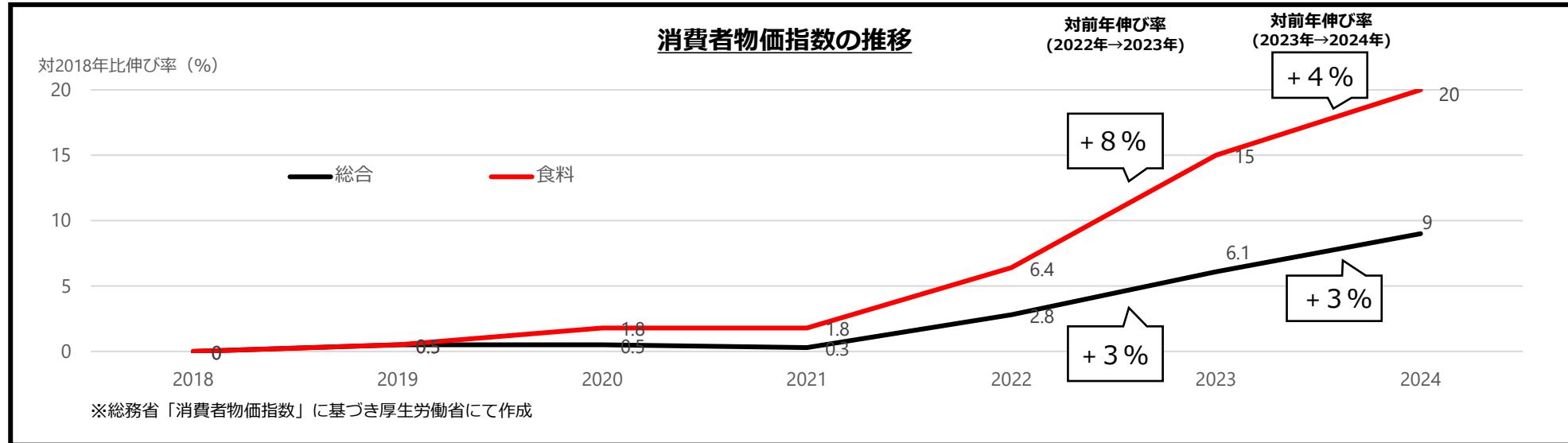
【5%から10%・8%に引き上げ時】

- (図のA) : 収入のうち診療報酬本体へ上乗せされている消費税分
- (図のC) : 支出のうち課税経費の消費税相当額



# 医療分野における物価高騰の影響について

- 食費・建築単価を中心に、足下の2024年も引き続き物価高騰が続いている。（対2018年比の伸び率は、総合+9%、食料+20%、建築単価+約50%）



# 私たちの医療・介護はかつてない危機的な状況に直面

## ■ 従前とは異なる

- 低成長経済が
- 激動する国際
- ルギーや特定の原材など海外依存品の確保・調達コスト増等)

社会が直面する  
中長期の構造的課題

## に難渉している

### 局面)

### 関税の変動、エネ

## ■ 人口構造の変遷に対処する体制転換が進んでいない

- 繼続する高齢者増・勤労者減は給付と負担の調整が不可欠
- 入院・外来・在宅の需給バランスシフトに応じた体制転換が必要
- 過疎地域での受療者激減など従来モデルでは体制維持が困難

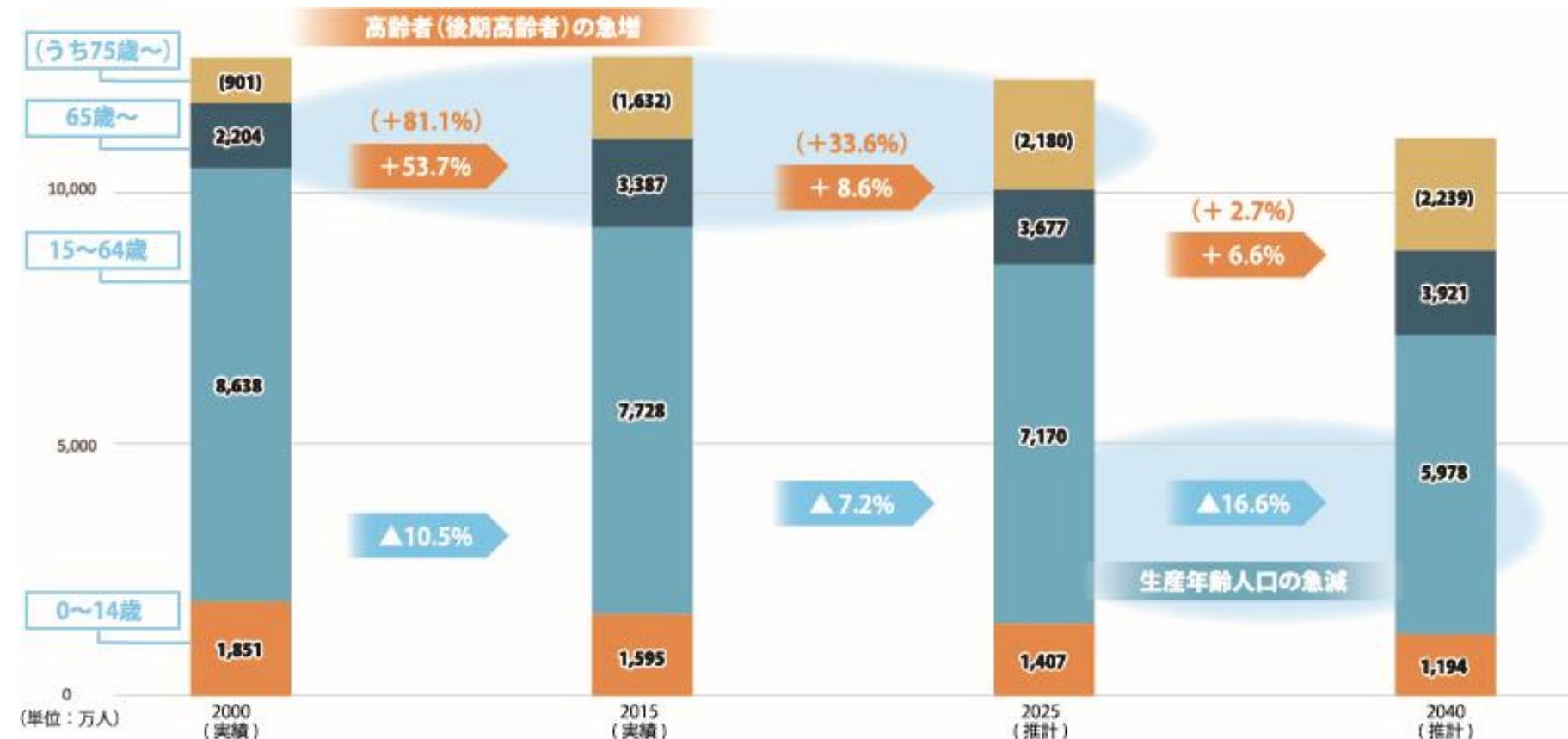


## ■ 社会全体の理解を得ながら、この難局をどう乗り切るか

# 2025年以降、「高齢者の急増」から「現役世代の急減」に局面が変化する

- 2025年に向けて、高齢者、特に後期高齢者の人口が急速に増加した後、その増加は緩やかになる一方で、既に減少に転じている生産年齢人口は、2025年以降さらに減少が加速する。

## 人口構造の変化



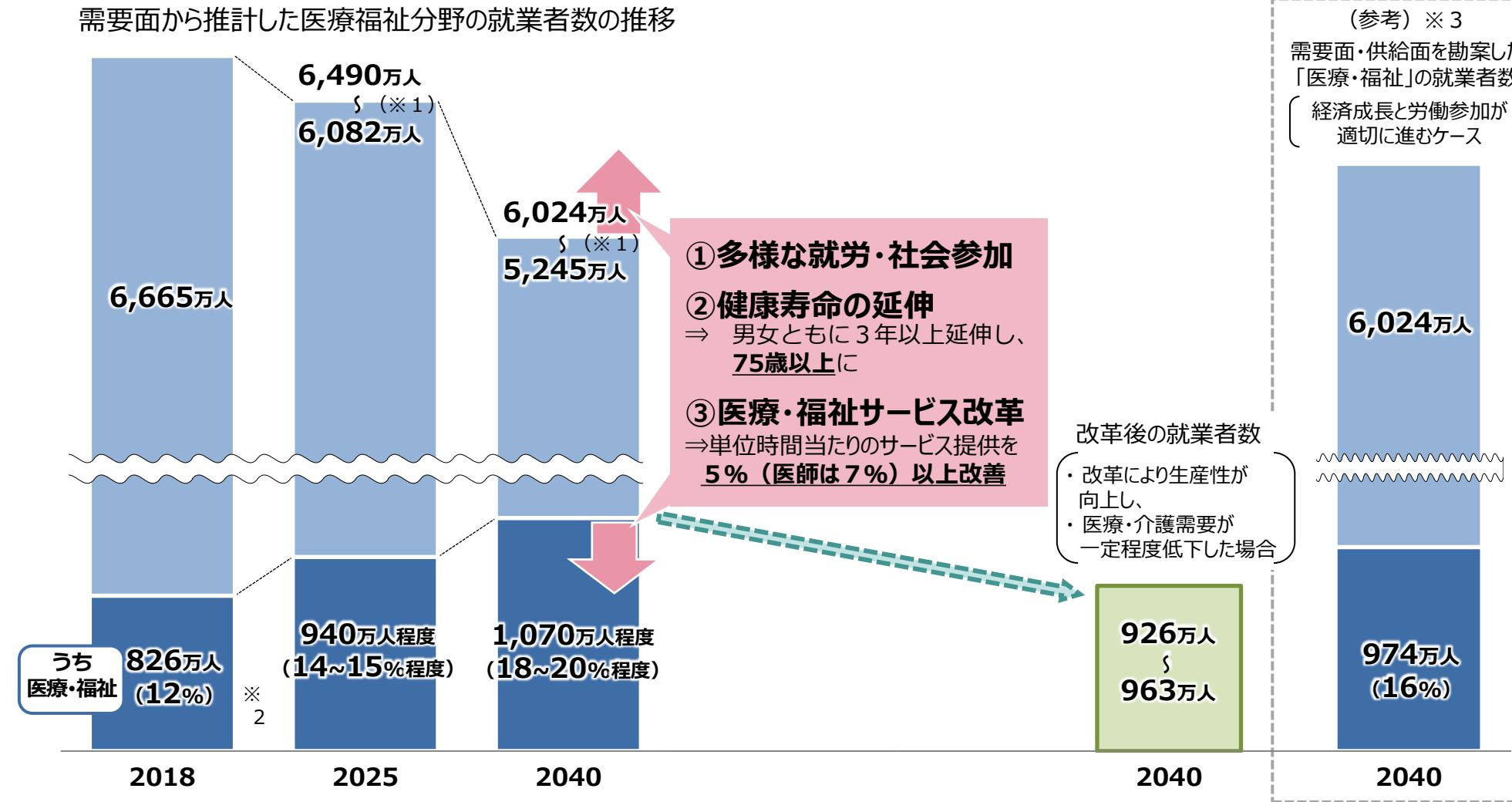
総務省「国勢調査」「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成29年推計）」

出典

# マンパワー① 2025年以降、人材確保がますます課題となる

令和4年3月4日 第7回第8次医療計画等に関する検討会 資料1 一部改

○2040年には就業者数が大きく減少する中で、医療・福祉職種の人材は現在より多く必要となる。



※1 総就業者数は独立行政法人労働政策研究・研修機構「労働力需給の推計」（2019年3月）による。総就業者数のうち、下の数値は経済成長と労働参加が進まないケース、上の数値は進むケースを記載。

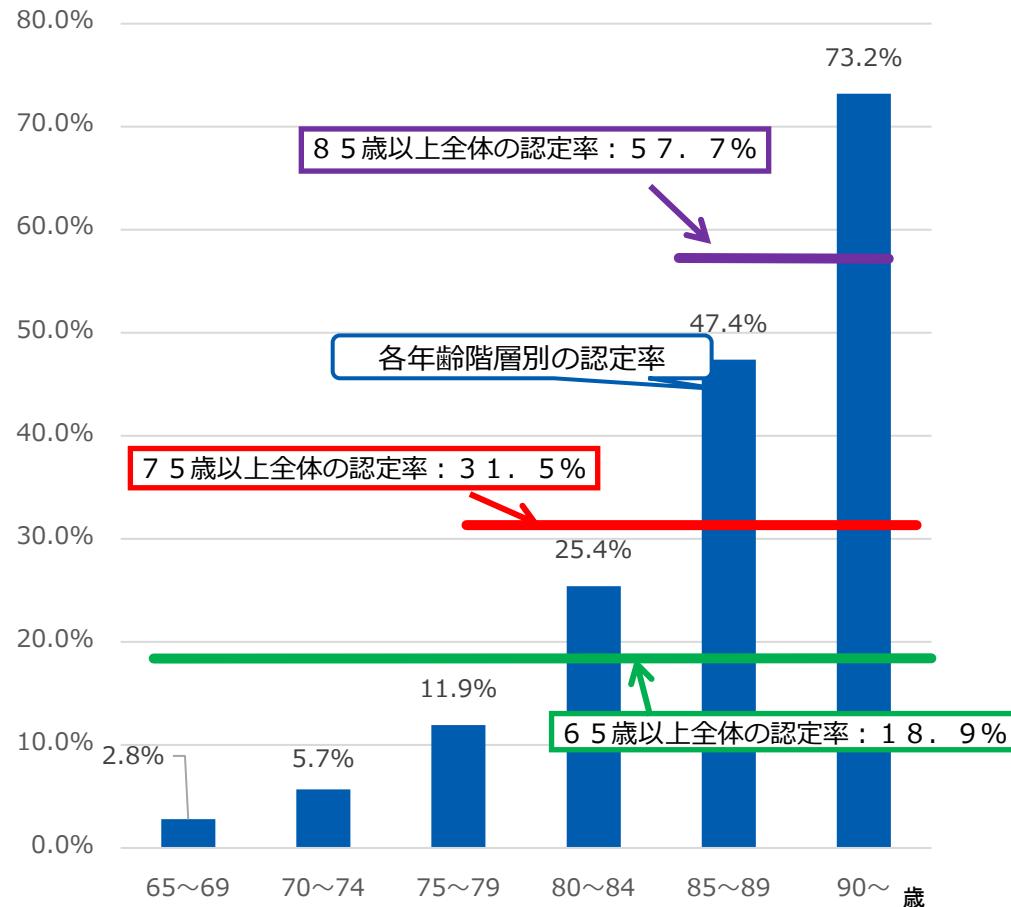
※2 2018年度の医療・福祉の就業者数は推計値である。

※3 独立行政法人労働政策研究・研修機構「労働力需給の推計」は、2024年3月11日に新しい推計が公表されている。2024年3月推計では、成長実現・労働参加進展シナリオで、総就業者数は、2022年の6,724万人から2040年に6,734万人と概ね横ばいであり、「医療・福祉」の就業者数は、2022年の897万人から2040年に1,106万人と増加する推計となっている。現時点では、『需要面から推計した医療福祉分野の就業者数』を更新したデータはないため、比較には留意が必要。

## 医療需要の変化④ 医療と介護の複合ニーズが一層高まる

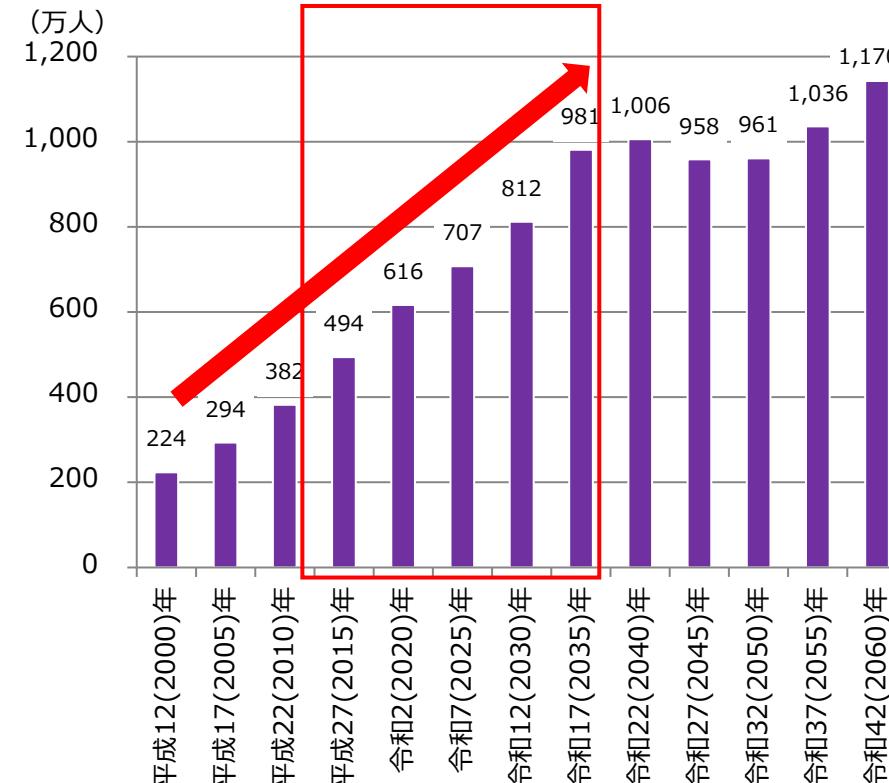
- 要介護認定率は、年齢が上がるにつれ上昇し、特に、85歳以上で上昇する。
- 2025年度以降、後期高齢者の増加は緩やかとなるが、85歳以上の人口は、2040年に向けて、引き続き増加が見込まれており、医療と介護の複合ニーズを持つ者が一層多くなることが見込まれる。

年齢階級別の要介護認定率



出典：2022年9月末認定者数（介護保険事業状況報告）及び2022年10月1日  
人口（総務省統計局人口推計）から作成

85歳以上の人口の推移

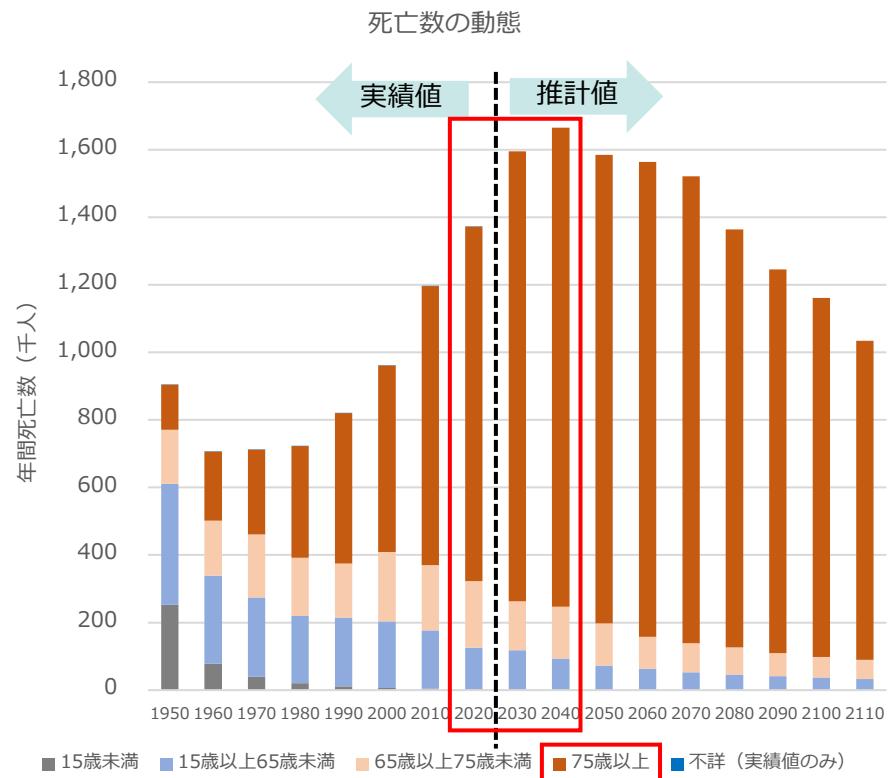


(資料) 将来推計は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」  
(令和5(2023)年4月推計) 出生中位（死亡中位）推計  
2020年までの実績は、総務省統計局「国勢調査」（年齢不詳人口を按分補正した人口）

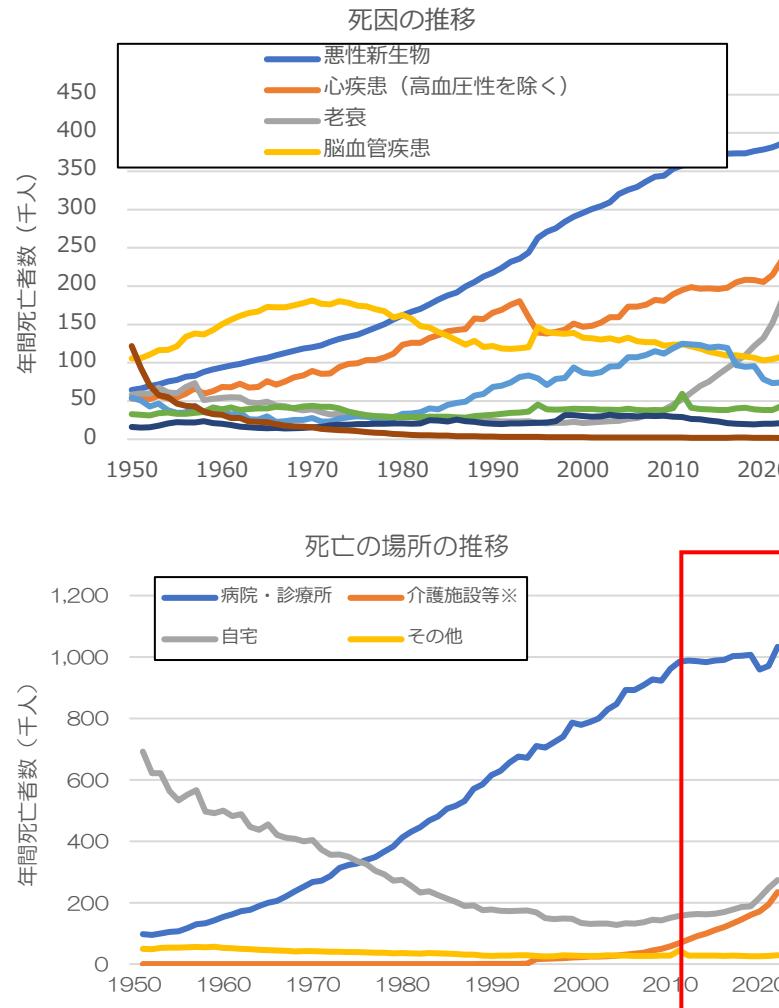
# 医療需要の変化⑤ 死亡数が一層増加する

令和4年3月4日 第7回第8次医療計画等に関する検討会 資料1（一部改）

- 死亡数については、2040年まで増加傾向にあり、ピーク時には年間約170万人が死亡すると見込まれる。
- 死因については、悪性新生物・心疾患とともに、老衰が増加傾向にある。
- 死亡の場所については、自宅・介護施設等が増加傾向にある。



出典：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年推計）厚生労働省「人口動態統計」  
※ 介護施設等：介護医療院、介護老人保健施設、老人ホーム  
※ 死亡数の動態については、2020年までは実績値、2021年以降は推計値。  
※ 死因の推移及び死亡の場所については実績値。

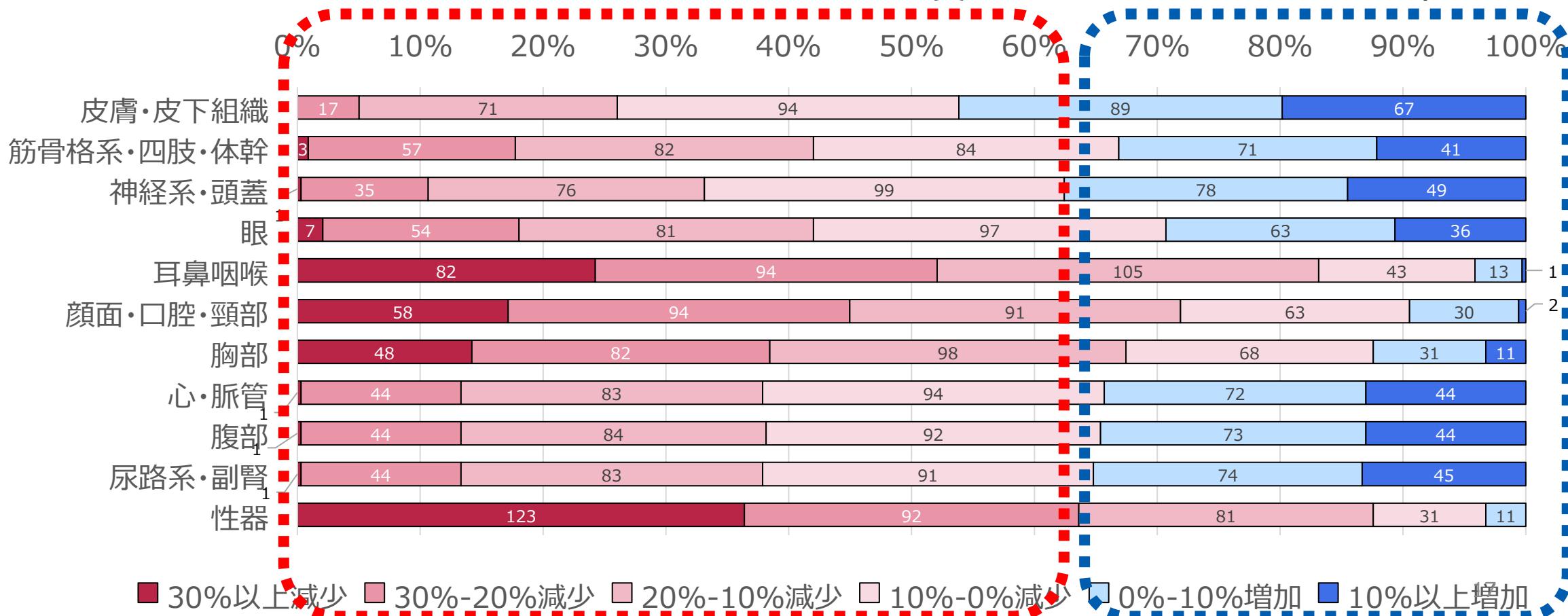


# 2040年における診療領域別の手術件数の変化について

令和6年11月8日新たな地域医療構想等に関する検討会資料

- 多くの医療資源を要する医療について、2020年から2040年にかけて、**全ての診療領域**において、**半数以上の構想区域で手術件数が少なくなる。**

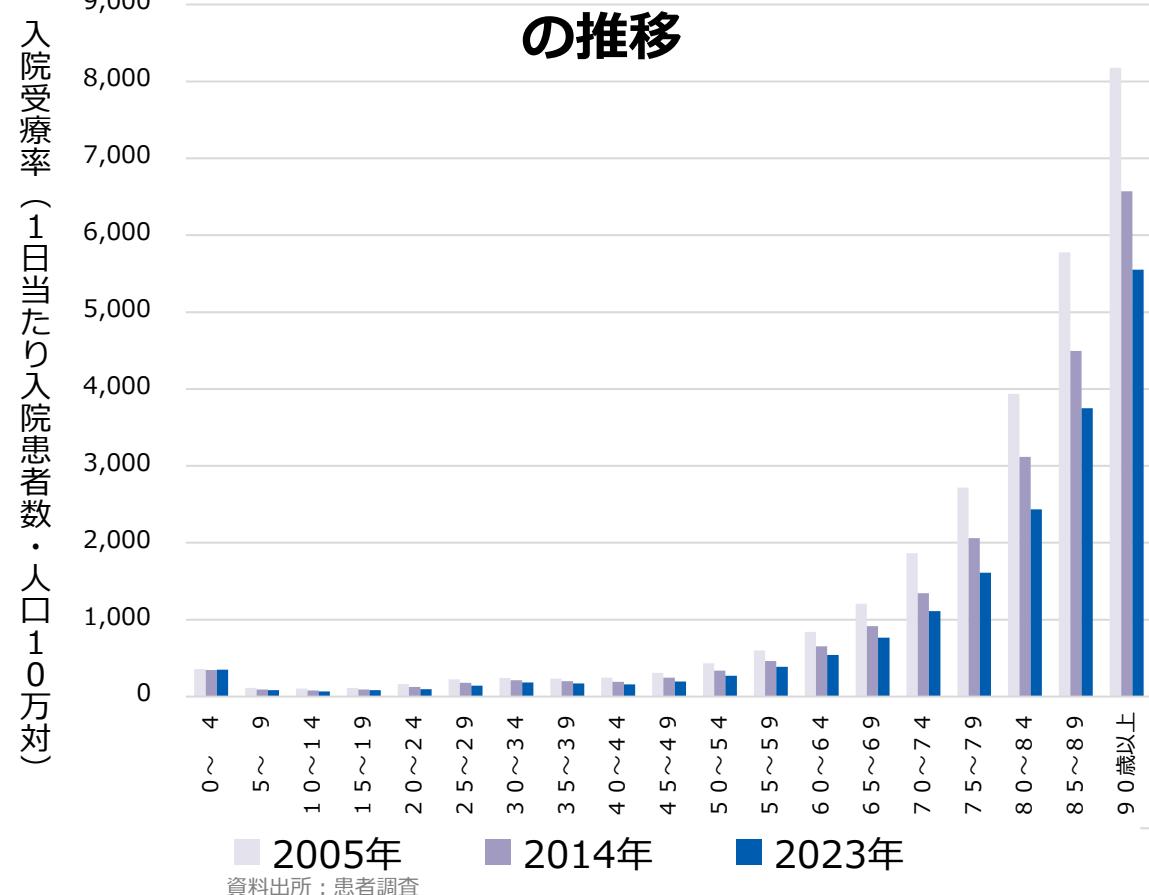
2020年から2040年への手術の算定回数の変化率別構想区域数（診療領域別）



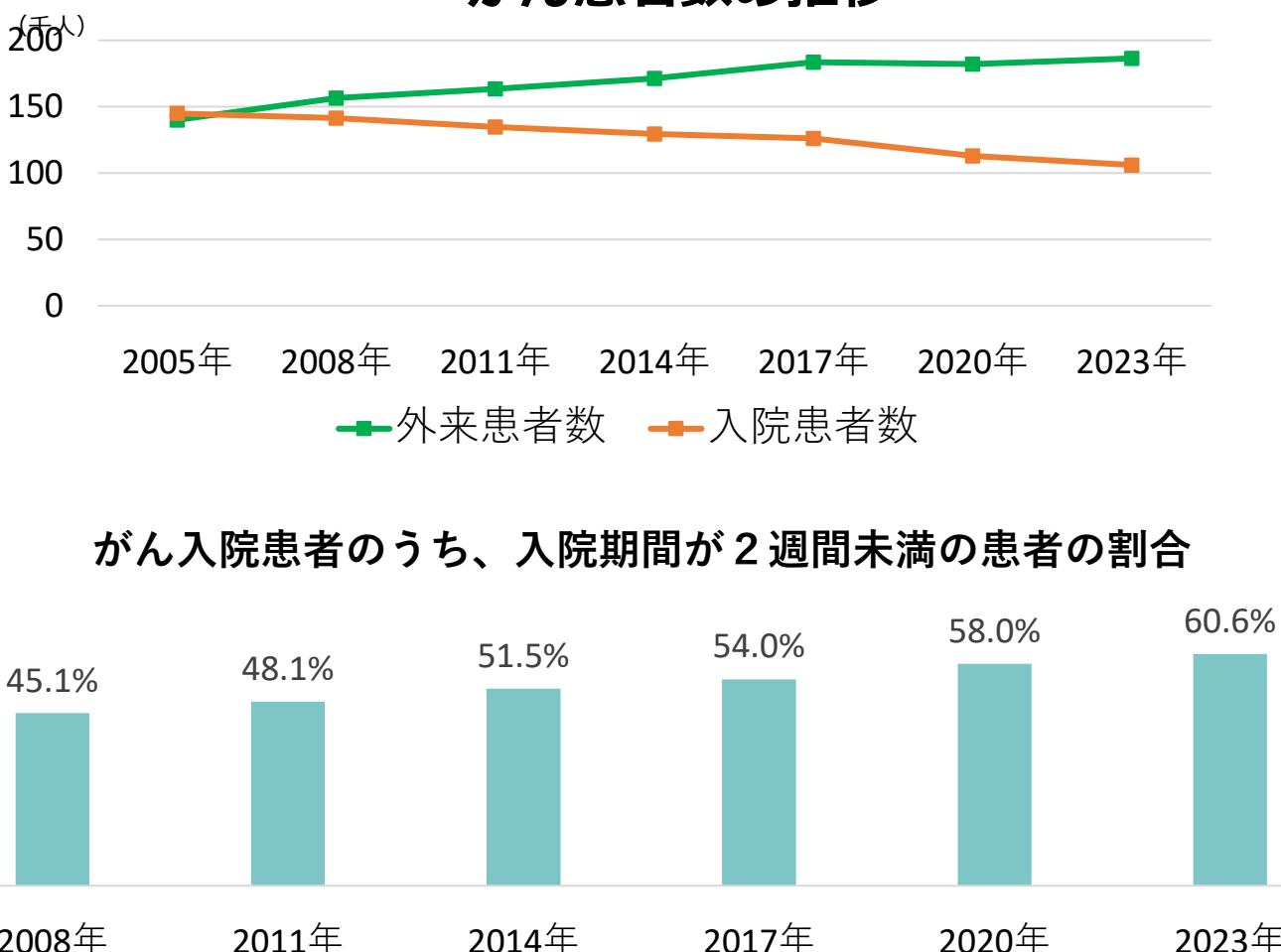
# 入院受療率の低下について

- 入院患者数の減少、外来患者数の増加等、医療の高度化・低侵襲化、在院日数短縮、在宅や外来の充実、介護への移行等を背景に、年齢階級別の入院受療率は低下傾向

一般病床・療養病床における入院受療率



がん患者数の推移



# 2040年に向けた医療需要の変化

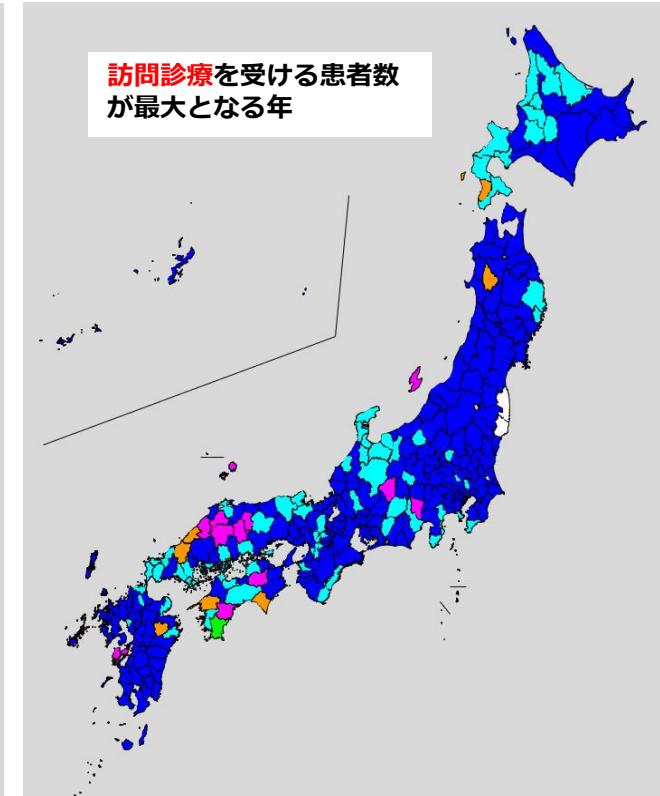
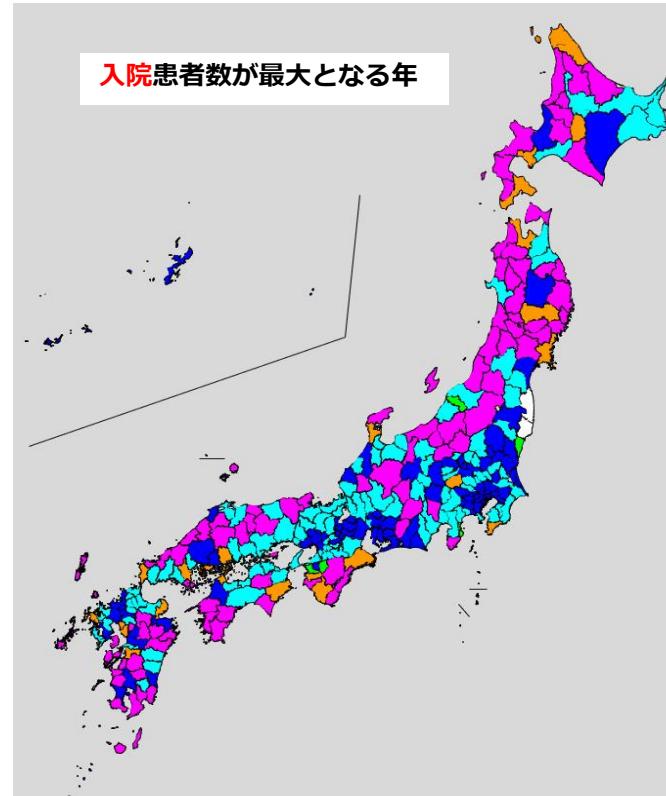
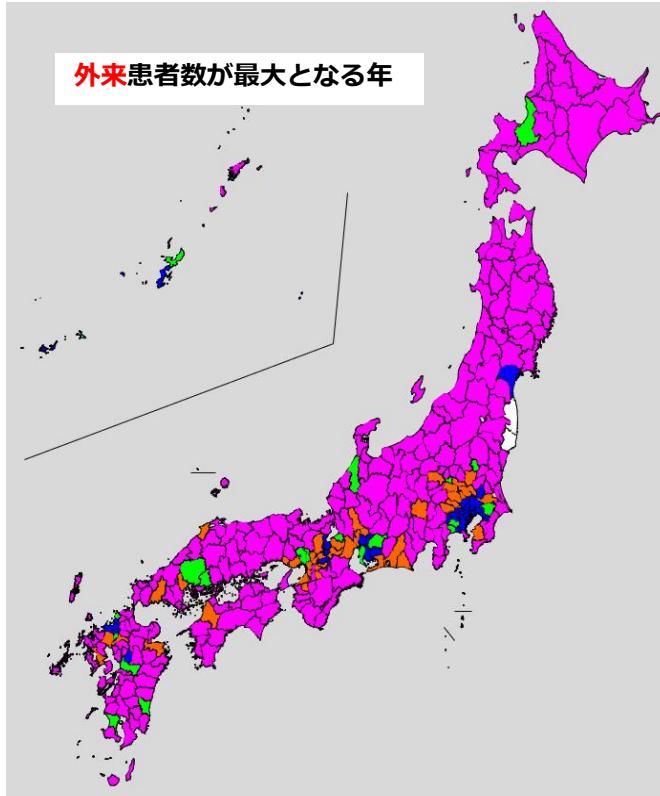
**外来**：既に減少局面にある医療圏が多い

**入院**：都市部で2040年にかけて増加。過疎地域で減少

**在宅**：多くの地域で増加。2040年以降にピーク

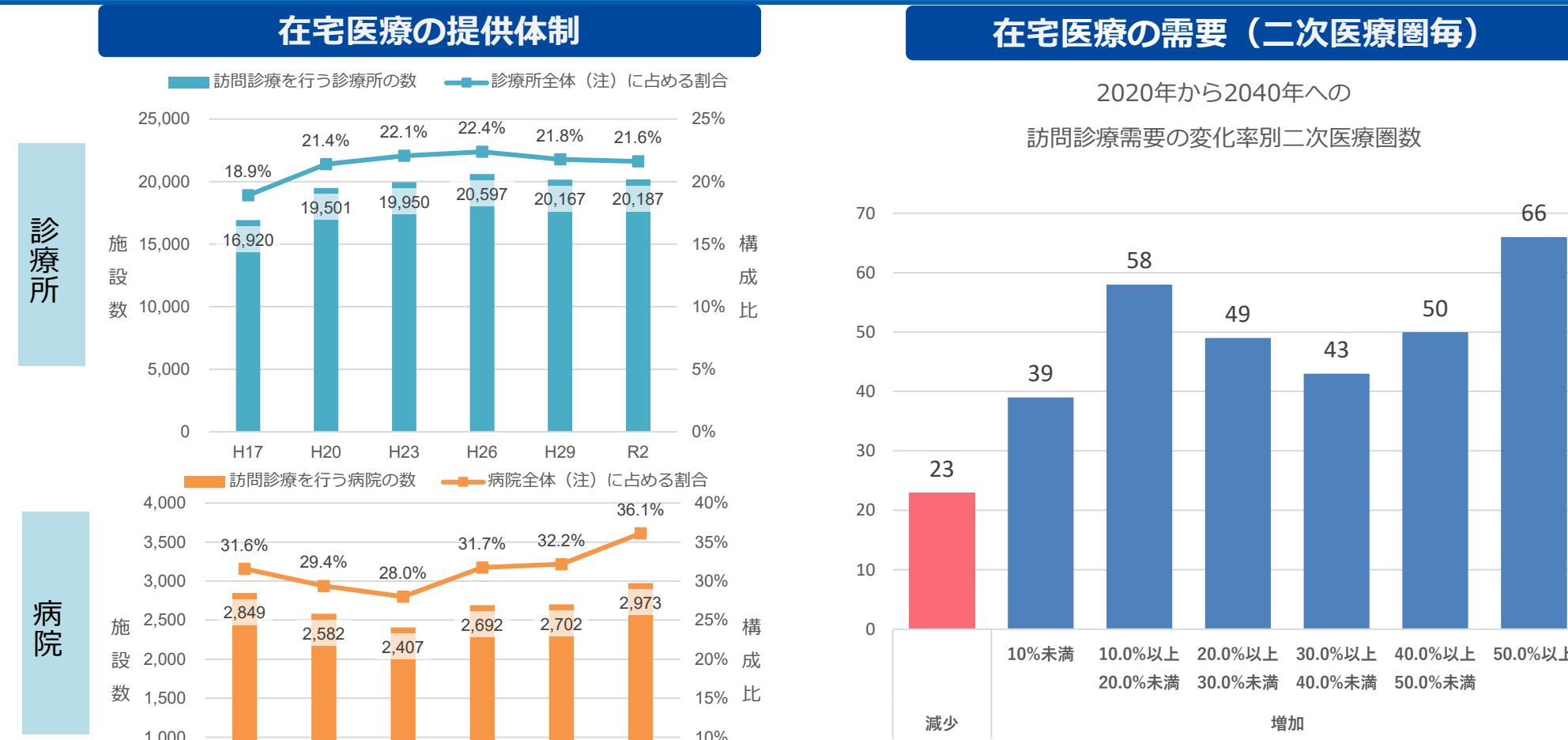
## 凡例

- : 2020年以前に最大
- : 2025年に最大
- : 2030年に最大
- : 2035年に最大
- : 2040年以降に最大



# 在宅医療の需要と供給

- 在宅医療を提供する医療機関は、近年、病院数は増加傾向にあるが、診療所数は横ばい。在宅医療の需要は、2020年から2040年にかけて需要が50%以上増加する二次医療圏が66あるなど、増加が見込まれる。



出典：厚生労働省「患者調査」（2017年）総務省「人口推計」（2017年）  
国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（2023年推計）」  
を基に地域医療計画課において推計。  
※令和6年4月1日時点において二次医療圏は330であるが、上記の将来推計人口について、福島県相  
双及びいわきの2二次医療圏は推計結果がないため、328二次医療圏の推計結果である。

# 私たちの医療・介護はかつてない危機的な状況に直面

## ■ 従前とは異なる物価・賃金の激変への対応に難渋している

- ・ 低成長経済から成長軌道への転換(インフレ局面)
- ・ 激動する国際政治情勢の影響(為替レートや関税の変動、エネルギーや特定の原材料など海外依存品の確保・調達コスト増等)

## ■ 人口構造の変遷に対処する体制転換が進んでいない

- ・ 繼続する高齢者増・勤労者減は給付と負担の調整が不可欠
  - ・ 入院
- これらの対応が困難なのはなぜか？
- 現行システムの成り立ちが  
課題を内包するからではないか？

## ■ 社会全体の理解を得ながら、この難局をどう乗り切るか

日本の医療制度は先進諸国の中でも  
極めてユニーク  
(提供体制と財政運営の組み合わせ)

# 我が国の医療制度の概略図(大まかなイメージ)

## 【住民・被保険者】



②受診・窓口負担

③診療

①保険料

## 【保険制度】

### 【保険者】



## 【病院・診療所】



病院

診療所

「医療法」



## 提供体制

医師

「医師法」

歯科医師

「歯科医師法」

薬剤師

「薬剤師法」

保健師

「保健師法」

助産師

「助産師法」

看護師

「看護師法」

(主な制度名)

国民健康保険

(保険者数)

約1900

全国健康保険協会管掌健康保険  
(旧政管健保)

1

組合管掌健康保険  
共済組合

約 1400  
77

# 我が国の医療制度の概略図(大まかなイメージ)

【住民・被保険者】



②受診・窓口負担

③診療

【病院・診療所】



病院

診療所

「医療法」

①保険料

【保険者】



④請求  
⑤支払

【保険制度】



提供体制

医師

「医師法」

歯科医師 「歯科医師法」  
薬剤師 「薬剤師法」

保健師

「保健師  
助産師  
看護師法」

助産師

看護師

# 普段はここが見えない!

(住民制度名)

(保険者数)

約190

全国健康保険協会管掌健康保険

(旧政管健保)

1

組合管掌健康保険  
共済組合

約 1400  
77

# 医療制度の国際比較

日本	ドイツ	フランス	イギリス	スウェーデン	アメリカ
「私」中心 (「公」の占める病床の割合は約3割)	「公」中心 (「公」の占める病床の割合は約9割)	「公」中心 (「公」の占める病床の割合は約7割)	ほぼ全てが「公」	ほぼ全てが「公」	「私」中心 (「公」の占める病床の割合は約25%)
供給 フリーアクセス (ゲートキーパー機能は非常に弱い)	ゲートキーパー機能は弱い	ゲートキーパー機能は弱い	ゲートキーパー機能は非常に強い	ゲートキーパー機能はそれほど強くない	ゲートキーパー機能はマネージド・ケアタイプの保険では強い
財政 「公」 (社会保険方式)	「公」 (社会保険方式)	「公」 (社会保険方式)	「公」 (税方式)	「公」 (税方式)	「私」 (メディケア・メディケイドを除く)

# 日本の医療の特徴・課題 ~ 主な論点を演者がまとめたもの ~【私見】

医療介護福祉政策研究  
フォーラム 新春座談会  
2026年1月22日(木)

	特徴	課題
①自由度の高い提供体制 (アクセス/業態・標榜等) ／事業体・法人形態	フリー アクセス <ul style="list-style-type: none"> <li>患者の自己判断で<u>迅速受診が可能</u>となり<u>早期治療や改善</u>につながる</li> </ul> 自由開業 自由標榜 <ul style="list-style-type: none"> <li>個人や組織の能力と経験に応じた<u>自由な診療形態の選択</u>は<u>体制構築・人材獲得と育成</u>に有利</li> </ul> 民間主体 提供体制 <ul style="list-style-type: none"> <li>民間の<u>弾力対応・創意工夫</u>による<u>サービスの効率的・効果的な改善・普及</u>が可能</li> </ul>	給付と負担 <ul style="list-style-type: none"> <li>「<u>必要な医療</u>」に関して<u>財政状況</u>と(u)社会の費用負担能力、<u>技術革新</u>とのバランス(<u>費用対効果</u>)が課題となり得る</li> </ul> システム効率 <ul style="list-style-type: none"> <li>必ずしも<u>医学的に妥当ではない・非効率な診療</u>が生じる(例:大病院集中、コンビニ受診、主観に依存)</li> <li>出来高払いが<u>過剰供給</u>や<u>過重労働</u>の一因にも</li> </ul> 投資的経費の調達 <ul style="list-style-type: none"> <li>設置主体(官民)で異なる<u>投資的経費調達</u>の実態が報酬に反映されず費用償還の<u>不均衡</u>が生じ得る</li> <li>建設費や機器整備などの<u>大規模投資</u>に<u>現行水準・月毎償還での報酬だけ</u>では確保が困難との指摘</li> </ul>
	現物給付 <ul style="list-style-type: none"> <li><u>全国民に必要な医療</u>が<u>現物給付</u>により確保(所得に応じた費用負担・上限付き)</li> </ul> 全国一律の基準と公定価格 <ul style="list-style-type: none"> <li><u>設置主体(官民)を区別せず、全国一律の基準(内容・価格)</u>により<u>必要とされる医療</u>の提供費用を償還</li> <li><u>公定価格</u>と<u>サービス基準の設定</u>を通じた国全体の<u>医療費コントロール</u>が可能</li> </ul> 出来高払 <ul style="list-style-type: none"> <li>投資的経費も含めた<u>出来高払い中心・月毎の診療報酬請求</u>で、<u>診療内容担保</u>や<u>技術革新・質改善への対応</u>が容易</li> </ul>	体制・サービスの歪 <ul style="list-style-type: none"> <li>一律の基準は患者や地域の実情やバラつきに応じた<u>弾力提供の限界</u>になり得る</li> <li><u>公定価格</u>と<u>実費用の乖離</u>は診療・受療の双方で歪(体制偏在や<u>過剰供給・アンメットニーズ</u>)を惹起</li> <li><u>公権力</u>による<u>診療(事業運営)</u>の強制が困難(不採算分野等で公立等による<u>補完</u>が必要)</li> </ul> 価格設定機構 <ul style="list-style-type: none"> <li><u>公定価格設定の合議体</u>(中医協)が<u>報酬のインセンティブ構造</u>を左右し、全国の提供体制やサービス内容に強い影響力を持つ(=<u>疑似市場・当事者自治</u>)</li> </ul>

# 医療システムの特徴を踏まえた 今後の課題を考える視点

# 2040年以降の未来を見据えた医療システムを考える視点

社会資源  
の確保

高齢化に伴う需要増と負担人口の継続的減少に対して  
社会全体・公的制度としての負担のあり方や給付の効率化・重点化を模索することが求められる

体制と  
サービス  
の確保

85歳超高齢者増加に伴う在宅ニーズ急増等、必要とされる  
医療・介護の複合サービス提供と、それに必要な体制転換がこれまで以上に求められる

技術革新  
(イノベーション)

人手不足を踏まえたサービス提供の効率化やテクノロジー(AI・ロボティックス)の活用が不可避となり、ケアの質確保や情報氾濫・フェイク等への対策が求められる

# 将来を見据えた医療システムの中核的な論点～課題の整理～【私見】

医療介護福祉政策研究  
フォーラム 新春座談会  
2026年1月22日(木)

## 中核的な論点

### 【社会資源の確保】給付と負担、公と私、消費と投資、それぞれのバランスと調和

- ・社会の負担能力と公的給付の調整
- ・現物給付と医療費コントロール・価格設定機能のあり方
- ・投資的経費と消費的経費の組合せと償還方策



### 【イノベーション】システム効率・生産性の向上

- ・人手不足を見据えたサービスモデルの改善
- ・DX推進とエビデンス蓄積による改善
- ・安全・安心に配慮したAI・ロボティクスの活用



### 【体制とサービスの確保】社会資源の配分と運用

- ・偏在やサービスの歪に対処する地域ケア体制の再編成を促す取り組みの推進
- ・これらに影響する公定価格・サービス基準・償還方法等のインセンティブ構造の見直し

## 課題

### 給付と負担

- ・「必要な医療」に関して財政状況と(社会の)費用負担能力、技術革新とのバランス(費用対効果)が課題となり得る

### システム効率

- ・必ずしも医学的に妥当ではない・非効率な診療が生じる(例:大病院集中、コンビニ受診、主観に依存)
- ・出来高払いが過剰供給や過重労働の一因にも

### 投資的経費の調達

- ・設置主体(官民)で異なる投資的経費調達の実態が報酬に反映されず費用償還の不均衡が生じ得る
- ・建設費や機器整備などの大規模投資に現行水準・月毎償還での報酬だけでは確保が困難との指摘

### 体制・サービスの歪

- ・一律の基準は患者や地域の実情やバラつきに応じた弾力提供の限界になり得る
- ・公定価格と実費用の乖離は診療・受療の双方で歪(体制偏在や過剰供給・アンメットニーズ)を惹起
- ・公権力による診療(事業運営)の強制が困難(不採算分野等で公立等による補完が必要)

### 価格設定機構

- ・公定価格設定の合議体(中医協)が報酬のインセンティブ構造を左右し、全国の提供体制やサービス内容に強い影響力を持つ(=疑似市場・当事者自治)

# 将来を見据えた医療システムの中核的な論点 → アプローチの考え方

医療介護福祉政策研究  
フォーラム 新春座談会  
2026年1月22日(木)

## 中核的な論点

【社会資源の確保】給付と負担、公と私、消費と投資、  
それぞれのバランスと調和

- ・社会の負担能力と公的給付の調整
- ・現物給付と医療費コントロール・価格設定機能のあり方
- ・投資的経費と消費的経費の組合せと償還方策

社会全体の合意形成に基づく  
枠組みの見直し（“改革”）

【イノベーション】システム効率・生産性の向上

- ・人手不足を見据えたサービスモデルの改善
- ・DX推進とエビデンス蓄積による改善
- ・安全・安心に配慮したAI・ロボティクスの活用

現場（サービス提供者・企業・  
アカデミア）でのチャレンジ  
（“イノベーション”）

【体制とサービスの確保】社会資源の配分と運用

- ・偏在やサービスの歪に対する地域ケア体制の再編成を促す取り組みの推進
- ・これらに影響する公定価格・サービス基準・償還方法等のインセンティブ構造の見直し

実態の把握と制度運用の見直し  
（“改善”）

**改革・イノベーション・改善が  
医療の未来を切り拓く**

# ご清聴ありがとうございました

