



医業 経営情報 レポート

Available Information Report for Corporate Management

2025 年へのロードマップ 医療業界の最新動向と 今後の展望

- ① 医療・介護保険の現状と今後
- ② 2012 年診療・介護報酬同時改定の視点
- ③ 医療と介護の接点～高齢者医療・介護のあり方

1. 医療・介護保険の現状と今後

2012 年診療報酬・介護報酬同時改定の位置づけ

2012 年度は、診療報酬と介護報酬が同時に改定され、団塊の世代がすべて 75 歳以上を迎える 2025 年に向かって「医療保険と介護保険の連携・融合」が本格的にスタートする年になります。

(1) 医療・介護関連制度改定の経緯と背景

1973 年に導入された老人医療費公費負担制度を端緒として、増加し続ける高齢者の医療費財源負担をめぐっては、老人保健制度（1983 年）、介護保険制度（2000 年）の各導入という社会保障制度の大きな改革を経て、2012 年度の診療報酬・介護報酬同時改定を迎えました。

今次の同時改定については、厚生労働省側も「12 年度改定は 2025 年度の社会保障改革に向けた第一歩として検討してきた」と明示したうえで、医療現場においても 25 年度改革を意識した取り組みを要請しています（今次診療報酬改定説明会において同省保険局医療課・迫井正深企画官）。

一方で、介護保険料は上昇の一途にあり、2010 年度介護給付費は総額 7 兆 9308 億円（前年比 4.9%増）、受給者数は 411 万人（月平均）に上っています。

◆ 介護保険料の推移

【第 1 期】	:	2, 9 1 1 円	
【第 2 期】	:	3, 2 9 3 円	< 1 3 % 増 >
【第 3 期】	:	4, 0 9 0 円	< 2 4 % 増 >
【第 4 期】	:	4, 3 3 0 円	< 5. 9 % 増 >
【第 5 期】	:	4, 9 0 0 円	< 1 9 % 増 >

制度開始以降
保険料は増加
し続けている

負担は限界に
近づいている

医療機関にとっては、収入に直結するため診療報酬改定は直近の対応という認識になりがちですが、介護保険との連携・融合への流れも踏まえ、2025 年までの間に改革が進められる社会保障制度の全体像をいち早く把握し、これに対応できる体制づくりを図る必要があります。

(2) 毎年1兆円ずつ増える医療費

平成21年の国民医療費総額は36兆円を超えており、前年度に比べて3.4%の伸びとなりました。年次推移でみると、平成12年の介護保険制度導入以降は、医療費のうち介護保険費用に移行したものを除いたにもかかわらず、国民医療費は年1兆円ずつ増大していることがわかります。しかし、諸外国との比較では、決して医療費が安いのではなく、少ない医療費で健康を維持していると言い換えることもできます。

さらに、日本は高齢化社会であり、医療ニーズの高い年代層が今後も増加するため、これら医療費の負担について、保険者および財源問題に直面することになります。

◆国民医療費の年次推移

表1 国民医療費と国民所得の年次推移

年次	国民医療費		人口1人当たり国民医療費		国民所得(NI)		国民医療費の 国民所得に対 する比率(%)
	(億円)	対前年度 増減率(%)	(千円)	対前年度 増減率(%)	(億円)	対前年度 増減率(%)	
平成元年度	197,290	5.2	160.1	4.8	3,208,020	6.0	6.15
2	206,074	4.5	166.7	4.1	3,468,929	8.1	5.94
3	218,260	5.9	176.0	5.6	3,689,316	6.4	5.92
4	234,784	7.6	188.7	7.2	3,660,072	△0.8	6.41
5	243,631	3.8	195.3	3.5	3,653,760	△0.2	6.67
6	257,908	5.9	206.3	5.6	3,700,109	1.3	6.97
7	269,577	4.5	214.7	4.1	3,689,367	△0.3	7.31
8	284,542	5.6	226.1	5.3	3,801,609	3.0	7.48
9	289,149	1.6	229.2	1.4	3,822,945	0.6	7.56
10	295,823	2.3	233.9	2.1	3,689,757	△3.5	8.02
11	307,019	3.8	242.3	3.6	3,643,409	△1.3	8.43
12	301,418	△1.8	237.5	△2.0	3,718,039	2.0	8.11
13	310,998	3.2	244.3	2.9	3,613,335	△2.8	8.61
14	309,507	△0.5	242.9	△0.6	3,557,610	△1.5	8.70
15	315,375	1.9	247.1	1.7	3,580,792	0.7	8.81
16	321,111	1.8	251.5	1.8	3,638,976	1.6	8.82
17	331,289	3.2	259.3	3.1	3,658,783	0.5	9.05
18	331,276	△0.0	259.3	△0.0	3,752,258	2.6	8.83
19	341,360	3.0	267.2	3.0	3,787,290	0.9	9.01
20	348,084	2.0	272.6	2.0	3,518,834	△7.1	9.89
21	360,067	3.4	282.4	3.6	3,392,234	△3.6	10.61

注：1) 平成12年4月から介護保険制度が開始されたことに伴い、従来国民医療費の対象となっていた費用のうち介護保険の費用に移行したものがあがるが、これらは平成12年度以降、国民医療費に含まれていない。
2) 国内総生産(GDP)及び国民所得(NI)は、内閣府発表の「国民経済計算」(平成22年12月発表)による。
3) 人口一人当たり国民医療費を算出するために用いた人口は、総務省統計局による「国勢調査」及び「推計人口」の総人口である。

(3) 高齢者対策の仕上げ ～2025年に向かって

日本は既に2005年をピークに人口減少に転じており、今後2015年を境に世帯数が減少していきます。

この間にも少子高齢化は加速し、日本は「超高齢多死社会」を迎え、2050年の日本人平均年齢は56.2歳に達しているという推計があります。

(3)新たな高齢者医療制度の構築へ

社会の高齢化によって、急増する死亡者をどこで看取るか、すなわち国民にとっては「亡くなる場所をどう考えるのか」という問題でもあります。

終末期医療に関する報告(*)によれば、2000年現在、病院で亡くなる要介護高齢者は81%に達している一方で、自宅で亡くなる方は全体の13.9%に過ぎず、自宅や居住施設など住み慣れた場所で終末期を迎えたいという高齢者の希望に相応していないという現状があります。

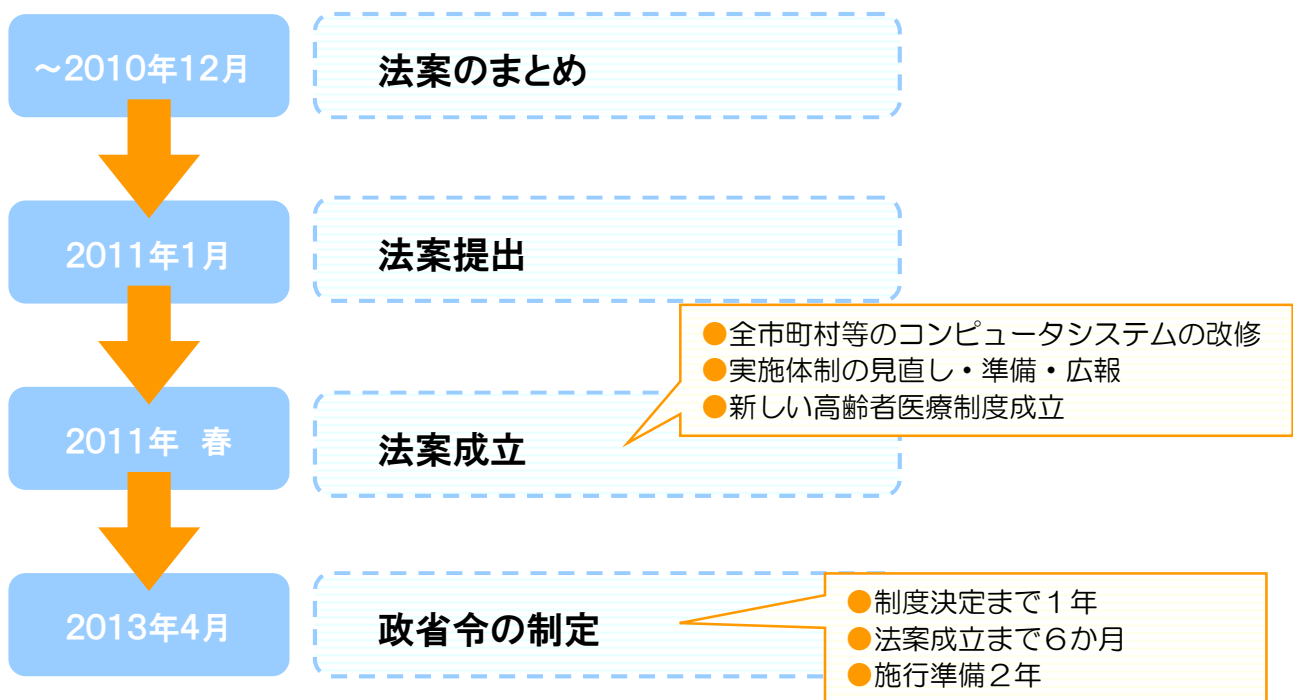
(*) 医療経済研究機構「要介護高齢者の終末期における医療に関する研究報告書」より

死亡場所を、①病院、②ナーシングホーム・ケア付き住宅、③自宅、④その他、の4つに分類。死亡数等は厚生労働省大臣官房統計情報部「人口動態統計・2000年」を用い、②には介護老人保健施設を含んでいる。

今後は、医療と介護の現場が在宅中心となる傾向が一層強まるため、後期高齢者に係る医療制度の見直しは、2025年に向けた医療関連政策の重要な柱の一つでもあります。

廃止方針が明示されている「後期高齢者医療制度」については、これに代わる新たな高齢者医療制度法案の提出・成立を受けて、今期通常国会に廃止法案が提出され、2013年4月から新制度が施行となる予定です。その詳細については、保険料負担やその割合など財源の問題検討や、政権動向の影響も懸念されますが、2025年度社会保障改革の布石として、高齢者医療の在り方を左右するものとして注視していくことが必要です。

◆新たな高齢者医療制度創設までのスケジュール



2・2012年診療・介護報酬同時改定の視点

2012年同時改定の焦点

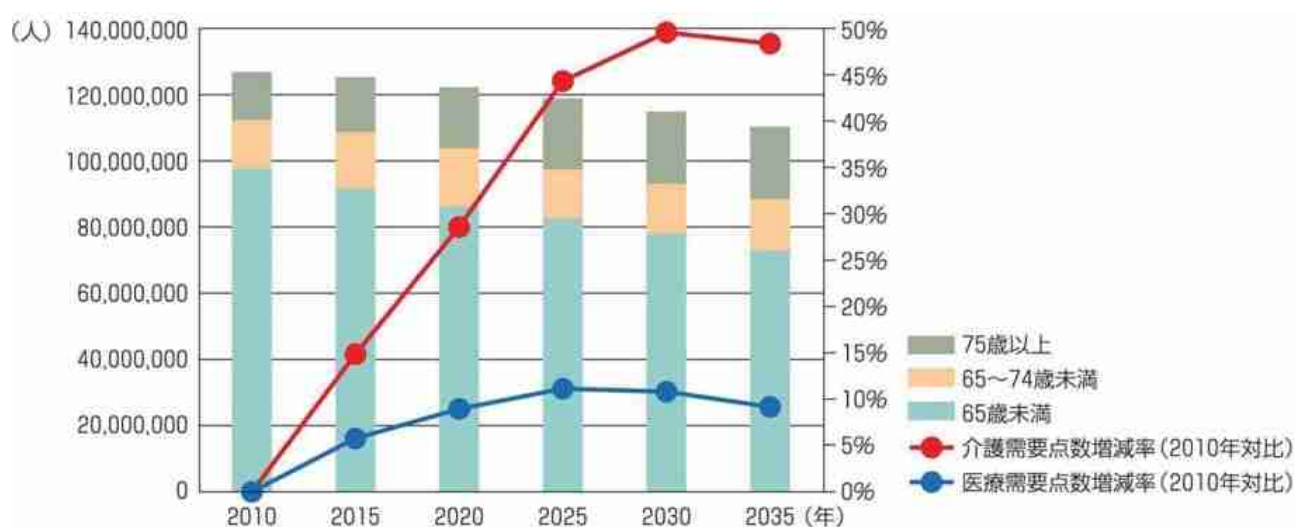
2012年診療・介護報酬同時改定は、医療と介護の機能分化と連携強化を目的とし、介護と重なる部分で評価の新設と見直しが行われました。特に在宅医療の重視は、近年の診療報酬改定の柱となっていますが、在宅医療は介護を行う場でもあるにもかかわらず、制度的な手当てが遅れていたという問題があります。よって、今後は介護に比重を移した事業の再編が必要になるといえます。

(1)急性期医療の絞り込み

急性期病院であることを目指し、事業の拡大に取り組んできた病院も少なくありませんが、今後は機能や専門性の高さが一層求められるようになります。自院で完結しようとする急性期医療の推進は、今や困難であるといえます。

2010年以降の医療・介護需要予測をみると、2015年を機に、医療需要に比べて介護需要が極めて高くなるという推計があります。在宅医療と介護が重なり合う以上、介護との「相乗り」は、診療報酬において今後も増えてくるかもしれません。

◆全国の医療・介護需要予測 ～2010年からの20年間



出典：国際医療福祉大学大学院 高橋泰教授作成資料

一方で、制度化が進められている急性期病床群（仮称）の基本的考え方は、これまであいまいだった急性期病床の基準を明確化し、診療報酬上でも当該施設基準を満たさない場合には点数が算定できないようにし、一般病床における機能を明確に区分することでもあります。しかし、急性期病床群の認定を受けていない一般病床であっても、入院治療などの急性期医療を行うことができるため、そもそも「一般病床」という区分の意味が薄らいでしまうようになります。

◆平均在院日数の実態と施設基準

出典：2011年11月25日中医協総会（第208回）資料



上記のように、一般病床の中でも入院基本料が下位の施設基準を算定している病棟においては、施設基準に掲げる日数を大幅に超え、平均在院日数が91日を超える患者が相当数存在するという実態があります。

急性期病床における平均在院日数は今後より短縮に向けて取り組まれ、2025年には一般急性期で10日を切るレベルとなると予測されます。現在急性期を担う医療機関においては、1年に1日ずつ短縮するための取り組みが必須となります。

(2)地域包括医療の強化

「超高齢多死社会」到来という環境変化に対応するためには、医療と介護のネットワークを構築し、急増する高齢者を地域で支える仕組みづくりが必要です。また、「医療は身近な生活圏で行う」という考え方から、地域包括医療の強化を目指しています。このような背景から、医療・介護の提供体制においては、機能を分化し、重層的に住民を支える医療・介護サービスのネットワーク構築を目指すという方向性が示されています。

◆医療・介護の提供体制 ～2011 年 6 月 2 日第 10 回社会保障改革に関する集中検討会議より

- 日常生活圏域内において医療、介護、予防、住まいが切れ目なく継続的かつ一体的に提供される「地域包括ケアシステム」の確立を図る
- 小・中学校区レベル（人口 1 万人程度の圏域）において日常的な医療・介護サービスが提供され、人口 20～30 万人レベルで地域の基幹病院機能、都道府県レベルで救命救急・がんなどの高度医療への体制を整備

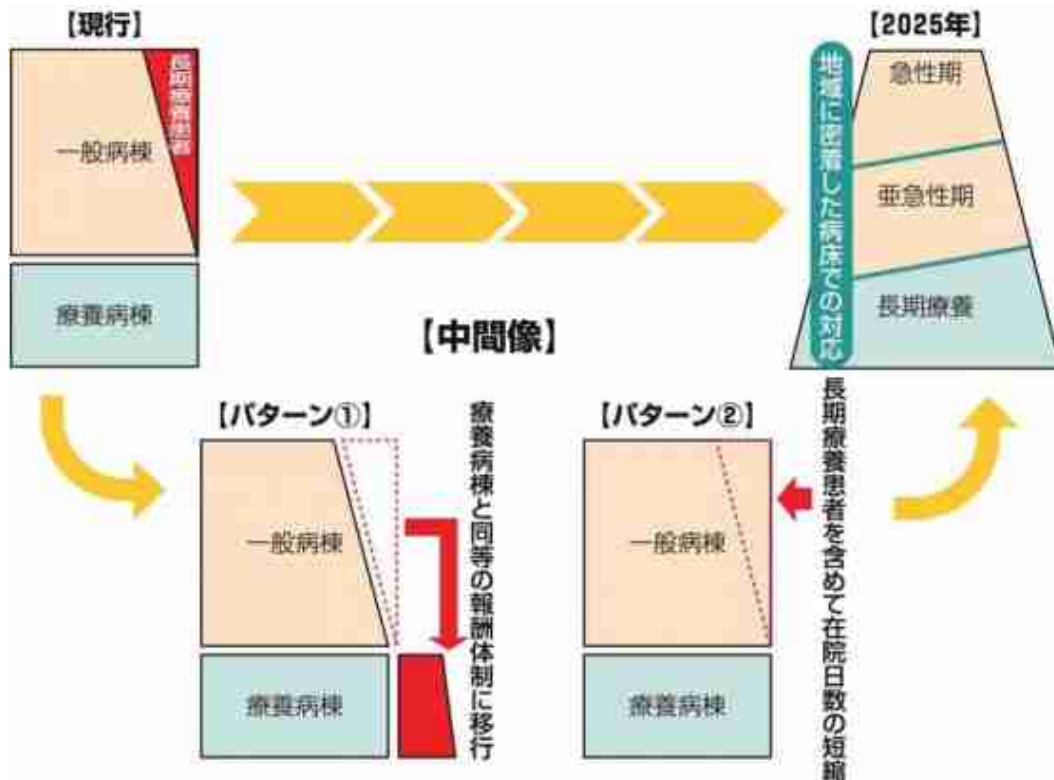
**医療提供体制の充実と
重点化・効率化**

都道府県域から市町村域まで、重層的に医療サービスを提供

**地域包括ケアの実現
（包括的ケアマネジメントの機能強化）**

日常生活の継続支援に必要な医療・介護サービス提供体制

◆病棟構成における将来の目指すべきイメージ ～2025 年の姿



出典：2011 年 11 月 25 日中医協総会（第 208 回）資料

医療・介護の再編と収益確保

(1) 医療と介護のはざま

◆医療・介護サービスの需要と供給 ～第10回社会保障改革に関する集中検討会議資料より

パターン1	2011年度 (平成23)	2025(平成37)年度			
		現状投影シナリオ	改革シナリオ		
			各ニーズの単純な病床換算		地域一般病床を創設
高度急性期	【一般病床】 107万床 75%程度 19～20日程度	【一般病床】 129万床 75%程度 19～20日程度	【高度急性期】 22万床 70%程度 30万人/月 15～16日程度	【高度急性期】 18万床 70%程度 25万人/月 15～16日程度	
一般急性期	退院患者数 125万人/月	(参考) 急性 15日程度 高度急性 19～20日程度 一般急性 13～14日程度 亜急性リハ等 75日程度 亜急性リハ等 57～58日程度 長期ニーズ 190日程度 ※推計値 152万人/月	【一般急性期】 46万床 70%程度 108万人/月 9日程度	【一般急性期】 35万床 70%程度 82万人/月 9日程度	【地域一般病床】 24万床 77%程度 19～20日程度 29万人/月
亜急性期・回復期リハ等			【亜急性期等】 35万床 90%程度 18万人/月 60日程度	【亜急性期等】 26万床 90%程度 12万人/月 60日程度	
長期療養(慢性期)	23万床、91%程度 150日程度	34万床、91%程度 150日程度	28万床、91%程度 135日程度		
精神病床	35万床、90%程度 300日程度	37万床、90%程度 300日程度	27万床、90%程度 270日程度		
(入院小計)	166万床、80%程度 30～31日程度	202万床、80%程度 30～31日程度	159万床、81%程度 24日程度	159万床、81%程度 25日程度	
介護施設 特養 老健(老健+介護療養)	92万人分 48万人分 44万人分	161万人分 86万人分 75万人分	131万人分 72万人分 59万人分		
居住系 特定施設 グループホーム	31万人分 15万人分 16万人分	52万人分 25万人分 27万人分	61万人分 24万人分 37万人分		

(注1) 医療については「万床」はベッド数、「%」は平均稼働率、「日」は平均在院日数、「人/月」は月当たりの退院患者数。介護については、利用者数を表示。
 (注2) 「地域一般病床」は、高度急性期の1/8と一般急性期および亜急性期等の1/4で構成し、新規入退院が若干減少し平均在院日数が若干長めとなるものと、仮定。
 ここでは、地域一般病床は、概ね人口5～7万人未満の自治体に暮らす者(今後2,000～3,000万人程度で推移)100人当たり1床程度の整備量を仮定。
 出所:2011.6.7 第10回社会保障改革に関する集中検討会議資料

(2) 医療・介護機能の再編

厚生労働省は、患者ニーズに応じた病院・病床機能の役割分担や、医療機関相互および医療と介護の間の連携強化を通じて、より効果的・効率的な医療・介護サービス提供体制を構築するという改革の方向性を示しています。

そして、医療・介護保険の相乗りは、患者・利用者が双方を同時に利用できるメリットがありますが、今後より一層の医療・介護の融合を図る際には、非効率性と不合理性が併存しているため、これらを解消していく改革が求められています。

◆機能と連携に着目した医療・介護制度改革の方向性 ～在宅医療の観点から

■在宅医療の充実

- 看取りを含め在宅医療を担う診療所等の機能強化
- 訪問看護等の計画的整備等

■在宅介護の充実

- 地域包括ケア体制の整備
- ケアマネジメント機能の強化等

3・医療と介護の接点 ～高齢者医療・介護のあり方

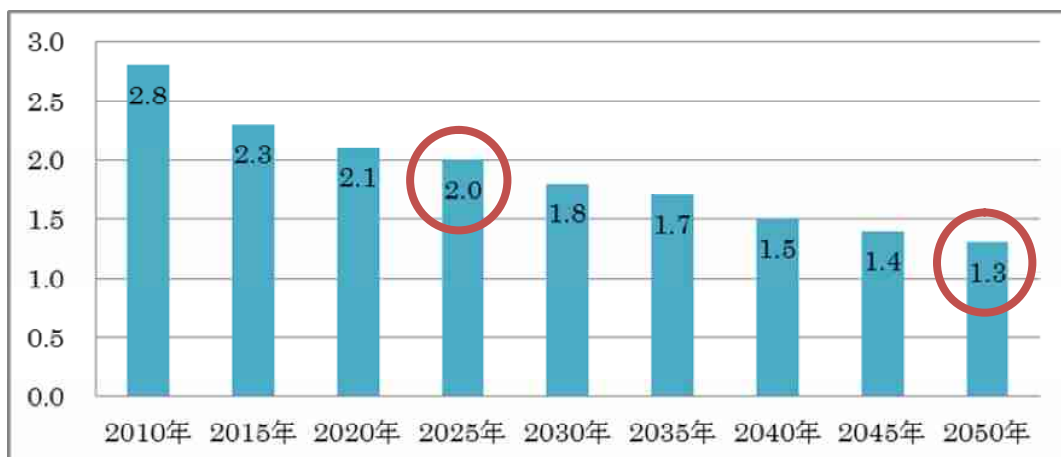
超高齢社会の長期ビジョンが早急に求められている

(1) 高齢者社会を支える人口

2015年以降の日本においては、人口・世帯数、および高齢者数ともに減少傾向が強まります。現在は高齢者1人を若年層2.8人で支え、2025年には2.0人で高齢者1人を支える「騎馬戦型」の社会保障制度は、2050年には1.3人で1人の高齢者を支える状況となる推計です。

そのため、高齢者医療制度の見直しのみならず、目先の課題に翻弄されることなく、将来を見据えた長期ビジョンの早急な提示が求められています。

◆高齢者1人を支える若年層の推計



出典：国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成18年12月推計）」
算出式 = 65歳以上人口 ÷ 生産年齢（15～64歳）人口

(2) 政策立案の時間軸 ～2025年までの改革

- 2012年 診療・介護報酬同時改定
- 2013年 第2次医療費適正化計画（60歳 ⇒ 61歳）
年金支給開始年齢繰り上げ（65歳以上）
- 2015年 団塊の世代が高齢者に
- 2017年 第3次医療費適正化計画
- 2018年 診療・介護報酬同時改定
- 2024年 診療・介護報酬同時改定
- 2025年 年金支給開始年齢 全員65歳以上に到達

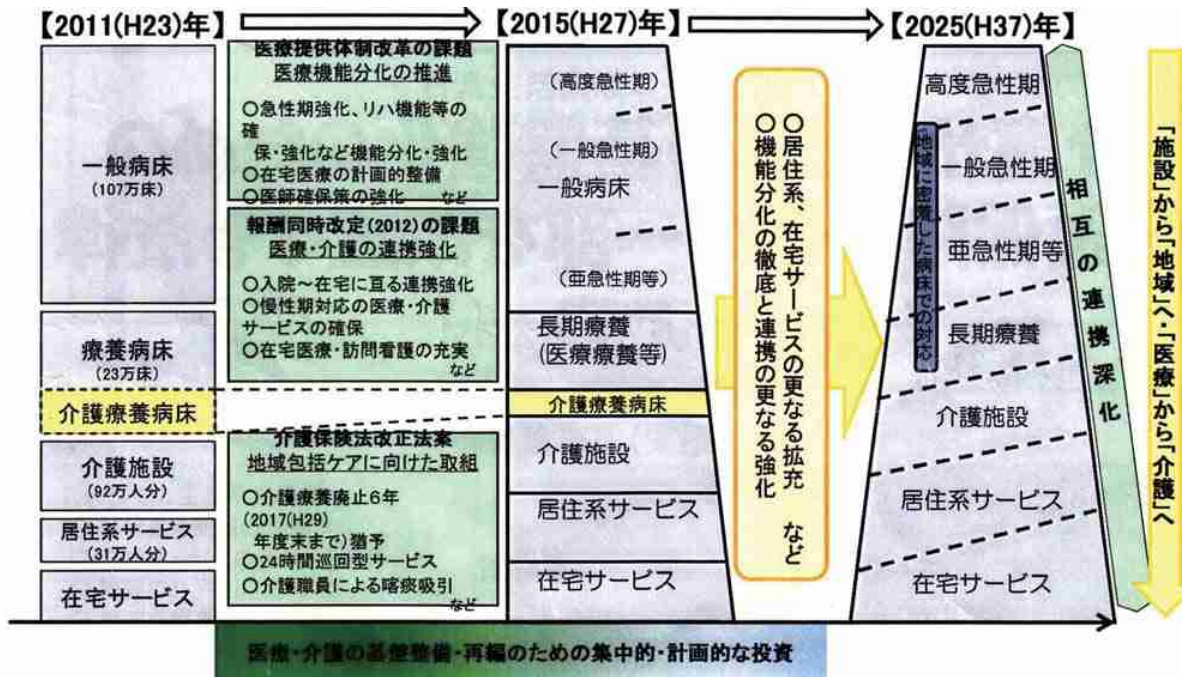
2025年に向けた
対策の最後のチャンス

社会保障改革の今後

2025年までに迎える予定の診療・介護報酬同時改定は2024年度が最終です。つまり、高齢者医療への対策はこの同時改定が最後の機会になるといえますから、社会保障制度はこの時点での完成を目指して、様々な政策立案を重ねていくことになります。

(1) 社会保障・税一体改革における位置づけ

◆ 社会保障・税一体改革における医療・介護の機能分化と連携



出典：平成23年10月31日社会保障審議会介護保険部会(第39回)資料1

(2) 医療費適正化計画の基本的考え方

医療費適正化計画は、平成20年度を初年度とする5年計画として、次のような政策目標(*)を掲げ、医療費の伸びを適正化することを目的に、国及び都道府県において策定されています。

● 生活習慣病予防の徹底

⇒ 政策目標：生活習慣病有病者・予備軍を25%減少（平成27年<2015>年度）

● 平均在院日数の短縮

⇒ 政策目標：全国平均（36日）と最短の長野県（27日）の差を半分に縮小（同上）

(*) 平成17年医療制度構造改革試案等で示された目標値で、平均在院日数は平成16年病院報告を基にしている

医療提供体制の再整備

(1) 医療提供体制を考える視点

- 高齢者患者の増加
- 急性疾患 ⇒ 慢性疾患
- 医療から介護へ～施設介護から在宅介護へ
- 国際標準に照らして

(2) 人材開発

医療提供体制整備に向けて、人材開発は最も重要な要素です。

これに関連し、専門医制度については見直しが進められており、専門医の定義を明確化すべく、厚生労働省検討会が 2012 年度末に最終報告を行う予定ですが、現状の人材不足を直ちに補うには間に合いません。そのため、プライマリ・ケアの担い手として、次の 3 つの職種が期待されています。これら職種が増えることで、層が厚くなるからです。

◆プライマリ・ケアの担い手

① プライマリ・ケア医（総合診療医）	G P（一般診療医）
② 臨床研修医（前期）	2 年間
③ 特定看護師（N P）	医師の包括的指示で医療行為の一部を行う

(3) 介護の充実と高齢者住宅の問題

超高齢化社会の到来と切り離せない問題として、高齢者にふさわしい医療と介護のあり方を考え、当事者である高齢者のニーズに対応できる体制が求められます。

同時に、病院ではなく地域で療養し、生活する高齢者のために備えるべき機能が不可欠です。そのため、地域包括ケアシステムの推進やサービス付高齢者住宅の整備等が進められてきましたが、前者は未だ観念的部分がありマネジメント機能に課題を残していること、また後者はビジネス的視点で事業に進出するケースも多く、しばらくはトラブルが潜在化した状況が続くと考えられます。いずれも、早期に制度が成熟することが望まれます。

さらに、在宅ケアをめぐるっては、比較的健康的に生活できる高齢者のための医療費の使い方についても、検討の余地があります。複合型サービスや看取り機能の強化など、高齢者医療・介護の接点における事業展開は、今後の政策動向を見極めて取り組むことが重要です。

諸外国の取り組みに学ぶ

医療分野について日本と諸外国を比較した結果が、次のように報告されています。

◆医療分野における国際比較(2008年)

出典：「OECD Health Data 2010」

	米国	イギリス	ドイツ	フランス	スウェーデン	日本
人口1,000人当たり総病床数	3.1	3.4	8.2	6.9	—	13.8
人口1,000人当たり急性期医療病床数	2.7(※1)	2.7	5.7	3.5	—	8.1
人口1,000人当たり臨床医師数	2.4	2.6	3.6	3.3#	5.6(※1)	2.2
病床100床当たり臨床医師数	77.9	76.5	43.3	48.5#	—	15.7
人口1,000人当たり臨床看護職員数	10.8#	9.5	10.7	7.9#	10.8(※2)	9.5
病床100床当たり臨床看護職員数	344.1#	279.6	130.0	115.1#	—	69.4
平均在院日数	6.3	8.1	9.9	12.9	5.8(※1)	33.8
平均在院日数(急性期)	5.5	7.1	7.6	5.2	4.5(※1)	18.8
1人当たり外来診察回数	4.0(※1)	5.9	7.8	6.9	2.8(※2)	13.4(※1)
女性医師割合(%)	30.8	41.5	40.6	39.6	43.1(※2)	18.0
1人当たり医療費(米ドル)	7,538	3,129	3,737	3,696	3,470	2,729(※1)
総医療費の対GDP比(%)	16.0	8.7	10.5	11.2	9.4	8.1(※1)
OECD加盟諸国間での順位	1	17	4	2	13	23
平均寿命(男)(歳)	75.4	77.4	77.2	77.8	79.4	79.6
平均寿命(女)(歳)	80.4	81.6	82.4	84.5	83.4	86.4

出典：「OECD Health Data2010」

注1：「※1」は2007年、「※2」は2006年のデータ 注2：スウェーデンは病床数非公表 注3：スウェーデンは臨床医師数ではなく総医師数

注4：「#」は実際に臨床に当たる職員に加え、研究機関等で勤務する職員を含む。

注5：平均寿命については、米国は2007年、イギリス、ドイツは2006～2008年の平均、フランス、スウェーデン、日本は2009年のデータ

(1)かかりつけ医の普及と長期慢性疾患対策 ～フランス

病床全体に占める急性期病床の割合が低いことで、日本の医療実態に似ているとされるフランスでは、2004年に開始された「かかりつけ医制度」の普及が進みました。同時に長期慢性期医療に対して成果報酬と疾患管理制度を導入して、医療費の増加率と国民一人当たり医療費が下がり、これらの取り組みが効果を上げたといえます。

(2)医療ツーリズムの推進～韓国

韓国では、「MEDICAL KOREA」をブランドとして掲げ、医療法の改定も実施したうえで、安全で先進的、かつ高いレベルの医療技術をアピールすることによって、外国人患者の誘致を図っています。併せて、医療ツーリズム産業を活性するために、専門人材を確保し、積極的広報マーケティングを行うとともに、システム構築を進めることで、近年は医療機関に活性化がみられるようになりました。

諸外国の政策がそのまま日本に合致するものではありませんが、国際水準の質・サービスを備えながら、一定の成果を挙げた各国の例は、今後の日本における医療関連事業展開にも有効なヒントとなるはずです。

* 本レポートは、

平成 24 年 4 月 10 日、株式会社ビズアップ総研において開催された医業コンサルティング研究会「医療業界の最新動向と今後の展望」（講師：日本医業経営コンサルタント協会 盛宮喜氏）の講演内容よりテキストを参考に抄録として再構成したものです。