



## 令和7年度経済産業政策関係調査事業

（中長期の経済社会構造の変化を踏まえた医療・介護産業及び社会保障制度のあり方に関する調査・分析）  
調査報告書

合同会社デロイト トーマツ  
2026年2月27日

# 目次

事業の背景・目的	P.3
調査内容・調査手法	P.4
調査結果の概要	P.5
調査結果の詳細	P.6
A. マクロ経済社会状況	P.8
B. 社会保障制度の変遷	P.21
C. 医療介護提供体制の現状	P.29
D. 医療介護提供体制上の課題	P.51
E. 打ち手の方向性	P.53
F. 将来の医療産業のあるべき姿	P.53

# 事業の背景・目的

## 本事業の背景・目的は以下のとおり

- 社会保障制度は、所得再分配やリスク分散を通じた家計の消費活動の安定化、医療・介護分野等での雇用創出、女性や高齢者の労働供給拡大等に影響を及ぼすとともに、高齢化を通じた需要拡大を背景に、**産業としてもマクロ経済に大きなウェイトを占める経済活動である**
- 足下、我が国の人口構造は少子高齢化の進行により、社会保障給付費が増加する一方で社会保障制度の支え手が減少することから、社会保障費負担は増加する見込みである。他方で、日本経済はデフレ経済から賃上げと投資が牽引する成長型経済へ移行する兆しが見えつつあり、**これまでの30年間と比較した際に、経済社会構造が大きく変化しつつある**
- こうした経済社会構造の変化に伴い、社会保障制度についても改革が進められてきたが、**特に医療・介護提供体制について**、足下ではインフレ下での病院経営難の進行や、医師偏在及び病床機能の偏在などの課題を背景に、**将来の持続可能性に不安が生じている**。また、増大し続ける現役世代の負担は、マクロ経済上も可処分所得の伸びの停滞・消費低迷という形でその**将来不安への影響が顕在化**してきている
- 一方で、積極的な産業政策の継続・強化とAI・ロボット技術の発展に伴う産業構造全体の変化は、医療・介護産業にも大きな影響をもたらしていくと見込まれ、AIの発展に伴って医療・介護サービス提供の有り方が根本的に変わっていく可能性もある中で、**産業として自律的に成長し、他産業に見劣りしない賃上げを実施していくことが求められる**
- こうした観点からも、**医療・介護提供体制の最適化を通じ、産業全体の収益力を高めていくことが必要であるが**、そのためには医師偏在対策や地域医療構想といった制度的対応だけでなく、医療機関の経営効率化も重要な視点となる。また、こうした提供体制の効率化により、現役世代の将来負担増を抑制し、可処分所得が増加することを通じて経済成長を下支えすることにつながっていく
- これらを踏まえ、本事業では、マクロ経済上重要となる社会保障負担増の抑制という観点から、足下の経済社会構造の変化を前提とした経済・産業・経営・制度という多角的視点を踏まえ、今後の医療・介護産業の発展と、持続可能な社会保障制度の在り方の方向性を検討するための基礎情報の調査・整理を目的とする

# 調査内容・調査手法

本事業では、デスクトップ調査とヒアリング調査とを組み合わせ、以下の内容を調査した

調査項目	調査内容
① マクロ経済社会状況の変化による社会保障制度・医療介護提供体制への影響分析	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ 現行の社会保障制度を概観したうえで、足下の経済社会構造の変化による、我が国の社会保障制度への影響を整理するとともに、こうした経済社会構造の変化を踏まえて、過去、どのような観点からどのような手段で、社会保障制度改革が行われてきたのか、足下の制度改正の動向も含め、制度の変遷を網羅的に整理する</li><li>✓ また、こうした経済社会構造・社会保障制度の変化によって、医療介護提供体制にもたらされる影響及び今後想定される変化を整理する</li></ul>
② (1)の分析を踏まえた、提供体制の課題と医療産業の在り方についての調査	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ 我が国の医療介護提供体制は、深刻化する病院の経営難、医師偏在、看護師・コメディカル・介護士不足、病床機能偏在、病院の老朽化等、多数の問題を抱えている。諸課題の解決にあたっては、社会保障制度の枠内にとどまらず、とりわけ医療について産業ととらえ、経営・産業構造論を取り入れてアプローチすることも有効な手段の一つと考えられる。こうした観点から、求められる医療機関の経営効率化の方向性及び打ち手の在り方について整理する</li></ul>
③ 今後の医療産業の発展および社会保障制度の在り方についての論点整理	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ (1)、(2)の調査・分析を踏まえ、足下の危機を乗り越え医療が産業として自律的に発展していくと同時に、社会保障制度としての持続可能性を確保（医療・介護提供体制の維持、社会保障負担軽減）するためにどのような対応が必要かという観点から、将来の医療産業のあるべき姿の全体像及び課題・論点を整理し、必要な施策について探索的検討を行う</li></ul>

# 調査結果の概要

本事業における主な調査結果は以下のとおり

調査項目	調査結果概要
<p>① マクロ経済社会状況の変化による社会保障制度・医療介護提供体制への影響分析</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ 日本国内では少子高齢化が進行し、2055年までは75歳以上の高齢人口が増加を続ける一方で、生産年齢人口は減少をする予測がなされている</li><li>✓ 1989年から2023年にかけて実質GDPはCAGR:1.1%、給与はCAGR:0.4%で増加したものの、社会保障費がCAGR:3.3%で増加し社会保障負担が増しており、一定の仮定のもと行われた試算では社会保障費、特に医療費がさらに増加する予測がなされている</li><li>✓ 少子高齢化が強く意識されるようになった平成初期から、財源の確保や費用負担の公平化を含む医療・介護関連制度の整備が進んだ。2010年代からは地域包括ケアが推進され、個別医療機関単位ではなく地域単位で医療・介護を捉えるようになり、地域内での情報連携を加速させるDX化などが促進された</li><li>✓ <b>社会保障制度の持続可能性と、社会保障負担増加に伴う消費活動や労働を含む国民の生活・日本経済へ及ぼす影響を考慮することが求められる</b></li></ul>
<p>② (1)の分析を踏まえた、提供体制の課題と医療産業の在り方についての調査</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ 医療業界は戦後の需要拡大期に民間主導・急性期中心に体制整備された経緯があり、また総量規制による参入障壁が存在するものの、多くの小規模事業者が存在する事業環境にあり、<b>赤字経営の病院が多い中で、病棟の建て替えや他産業に追随した賃上げ等が難しい状況にある</b></li><li>✓ 再編や統合を含むさらなる医療機関の経営改善が行われることで、医療周辺産業における経営が効率化され、加えて周辺産業が医療業界へさらなる経営効率化に向けたサービス提供をすることで、<b>医療業界と周辺産業とで相互に成長し、医療機関の収益力向上・非効率の解消・医療の質向上がなされることが期待される</b></li></ul>
<p>③ 今後の医療産業の発展および社会保障制度の在り方についての論点整理</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ 結果として将来的には、医療提供体制の持続性が確保されると同時に<b>社会保障負担が抑制されることに加え、医療業界の付加価値が向上し、日本の経済全体の成長を牽引する産業へ発展し、日本のGDP向上へ寄与することが予想される</b></li></ul>

# 調査結果の詳細

# 調査報告書のコンテンツと本調査事業の内容との対応関係

本調査事業における調査・検討事項は、仕様書上の複数の事業内容に関連するため、本報告資料ではA～Fのコンテンツに再構成している

調査報告資料の各コンテンツと仕様書上の事業内容との対応関係

		調査報告資料のコンテンツ					
		A	B	C	D	E	F
		マクロ経済社会状況	社会保障制度の変遷	医療介護提供体制の現状	医療提供体制上の課題	打ち手の方向性	将来の医療産業のあるべき姿
仕様書上の事業内容	① マクロ経済社会状況の変化による社会保障制度・医療介護提供体制への影響分析	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 人口動態</li> <li>✓ 社会保障費・医療費</li> <li>✓ 物価</li> <li>✓ GDP 等</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 社会保障制度</li> <li>✓ 医療保険制度</li> <li>✓ 介護保険制度等</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 開設主体別 病院数・病床数</li> <li>✓ 病床機能別 病床数</li> <li>✓ 病床規模別 病院数</li> <li>✓ 人口当たり 病院数・病床数</li> <li>✓ 医療機関の経営状況</li> <li>✓ 一般会計からの繰入金の状況等</li> </ul>	✓	✓	✓
	② (1) の分析を踏まえた、提供体制の課題と医療産業の在り方についての調査	✓	✓	✓	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 医療提供体制上の課題仮説</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 課題解決の方向性</li> </ul>	✓
	③ 今後の医療産業の発展および社会保障制度の在り方についての論点整理	✓	✓	✓	✓	✓	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 将来の医療産業のあるべき姿の全体像</li> </ul>

## A. マクロ経済社会状況

## A. マクロ経済社会状況 | サマリー

日本国内では主に年齢構成の変化に起因し、社会保障負担が増加しており、これまでのように負担増加傾向が続くと国民の生活や日本経済全体へ影響を及ぼすことが想定される

### マクロ経済社会状況の変化が及ぼす社会保障への影響

参照ページ

高齢者人口の増加	日本国内では高齢者人口が増加しており、特に75歳以上人口は2055年まで増加を続ける予測がされている	<ul style="list-style-type: none"> <li>2025年の75歳以上人口：21.5百万人</li> <li>2040年の75歳以上人口：22.3百万人</li> </ul>	P.10
生産年齢人口の減少	一方で生産年齢人口・人口割合は減少・低下しており、今後も減少・低下し続ける予測がなされている	<ul style="list-style-type: none"> <li>2025年の15-64歳人口：73.1百万人</li> <li>2040年の15-64歳人口：62.1百万人</li> </ul>	P.11
社会保障負担の増加	医療費の47.3%は70歳以上で必要となることもあり、将来の医療費は増加する予測がなされている	<ul style="list-style-type: none"> <li>70歳以降で必要となる医療費：1,361万円</li> <li>一定の仮説のもと試算された医療費               <ul style="list-style-type: none"> <li>- 2030年の医療費：68兆円</li> <li>- 2040年の医療費：86兆円</li> </ul> </li> </ul>	P.13-15
GDPの低成長	社会保障費はGDPの成長より早く拡大しており、負担感が増している	<ul style="list-style-type: none"> <li>実質GDPの成長率*1：1.1%</li> <li>社会保障給付費の増加率*1：3.3%</li> </ul>	P.12, 19-20
給与の低成長	社会保障等負担率に加え物価も給与より高い上昇率で増加し、より現役世代の負担感が増している	<ul style="list-style-type: none"> <li>給与の増加率*1：0.4%</li> <li>消費者物価の上昇率*1：0.6%</li> </ul>	P.16-18



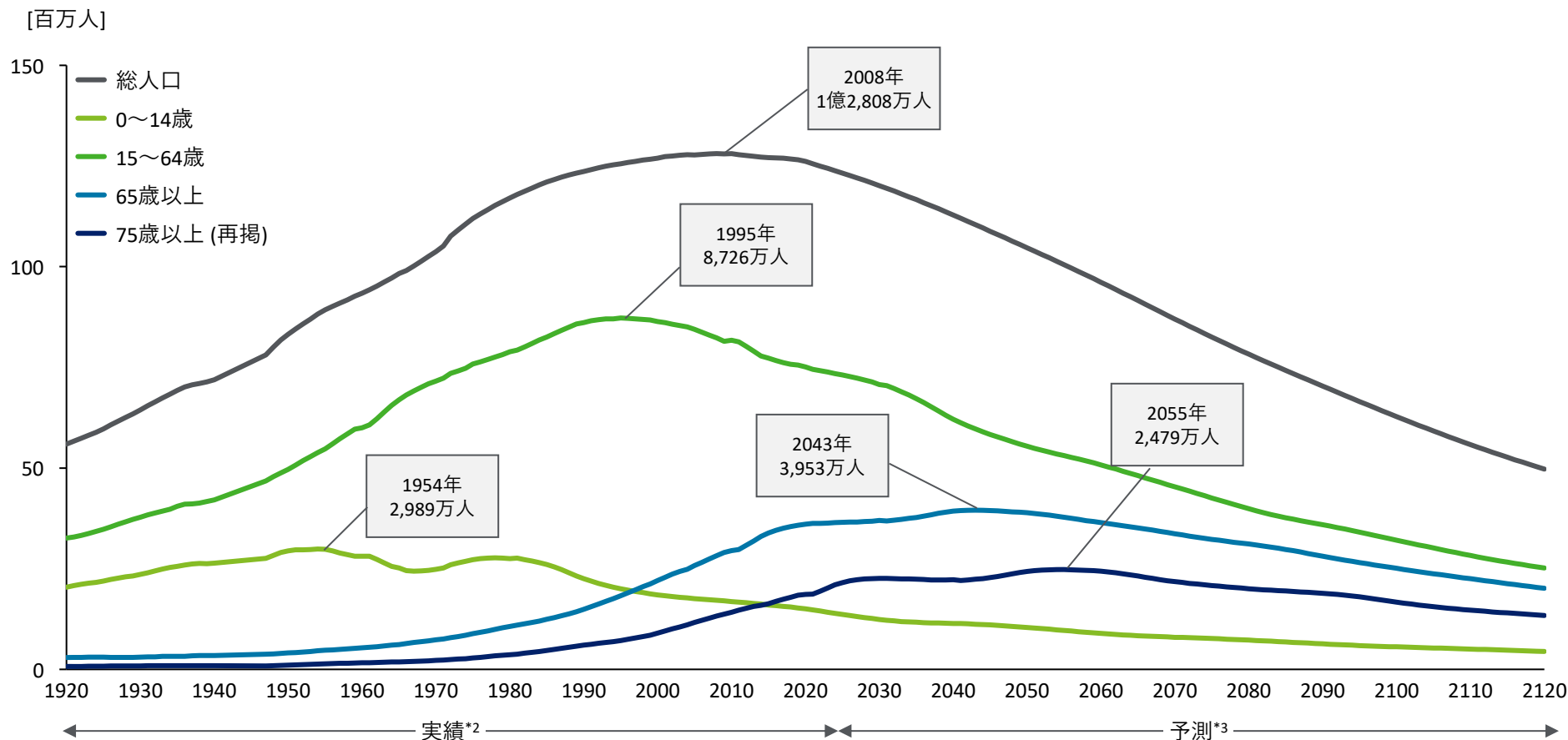
現役世代を中心とした社会保障負担の増加は、医療提供体制の持続可能性を損ない国民の生活や日本経済に影響を及ぼす可能性が考えられる

\*1：1989年（平成元年）から2023年までのCAGR

# 日本の人口推移

日本全体では2008年をピークに総人口が減少する一方で、高齢者人口は2043年にピークを迎えると予測されており、人口構成の変動が社会保障制度の在り方に大きな影響を与えると考えられる

図表A-1 日本の人口の推移\*1 (1920-2120年)



\*1: 吹出は各年代の人口ピークを示す

\*2: 2020年以前について、年齢別人口は各年代当時の国勢調査をもとに推計された数値であるのに対し、総人口は最新の国勢調査をもとに遡及的に補正された数値であるため、年齢別人口の合計と総人口は一致しない

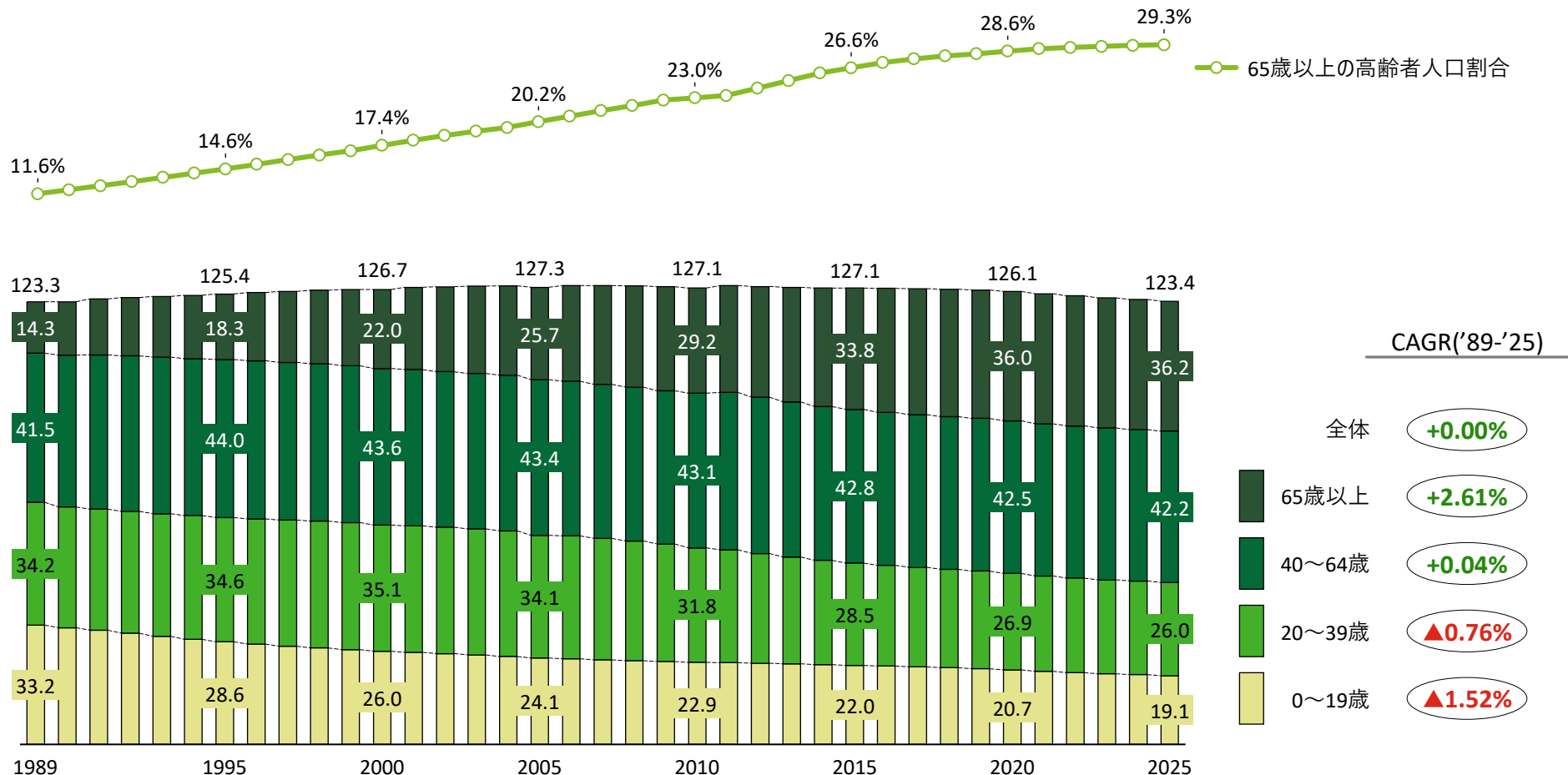
\*3: 2021年以降は、出生中位（死亡中位）推計を採用している。

出所：総務省「人口推計 - 長期時系列データ」、国立社会保障・人口問題研究所「令和5年度推計日本の将来推計人口」

# 日本の人口構成の推移

2008年をピークに総人口は減少へ転じており、年齢階級別では少子高齢化の進行に伴い0～19歳および20～39歳の人口が減少する一方、65歳以上の高齢者人口とその構成比は増加している

図表A-2 日本国内における年齢階級別人口の推移 [百万人]および65歳以上の高齢者人口割合 [%] (1989-2025年)



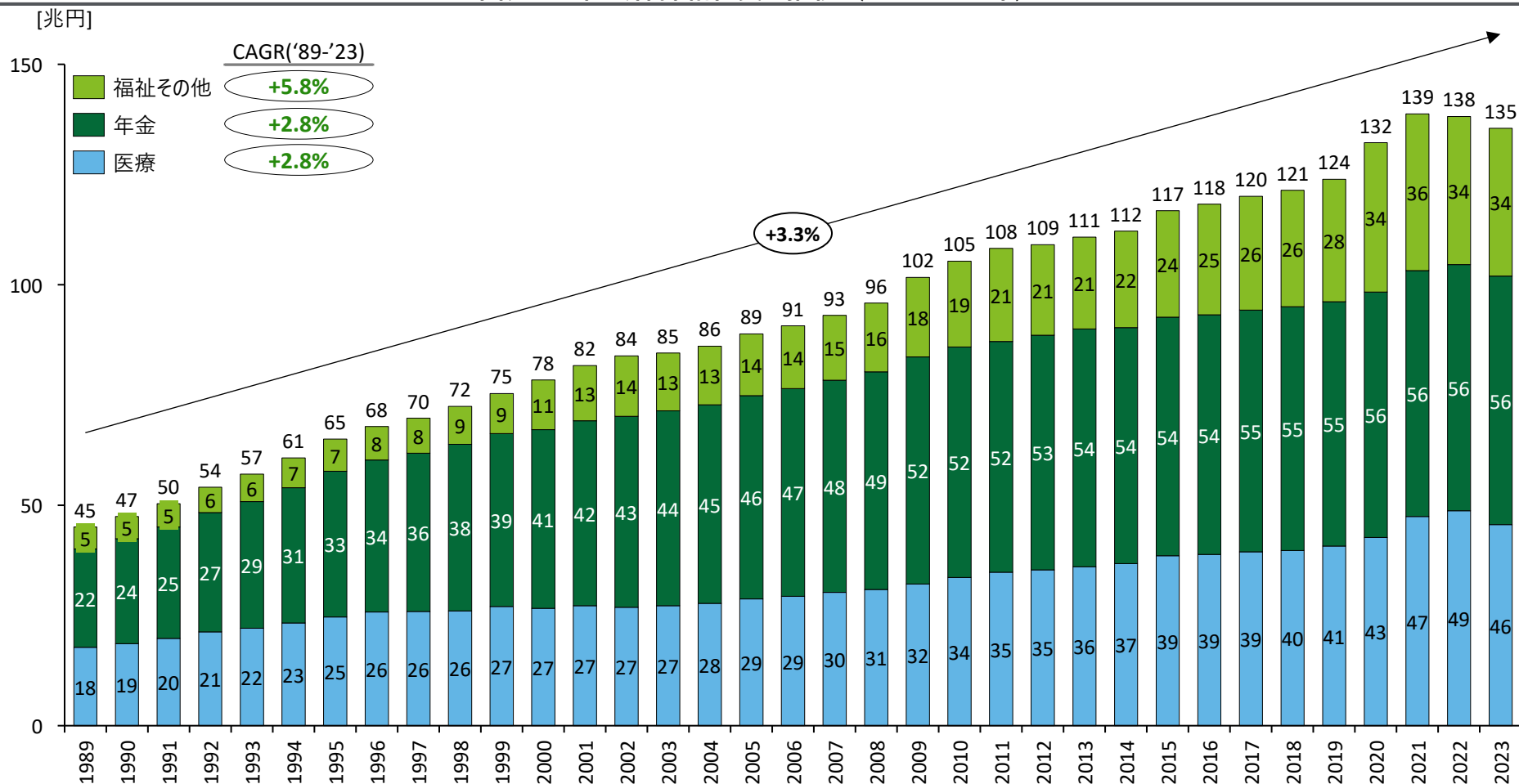
\*1: 2020年以前について、年齢別人口は各年代当時の国勢調査をもとに推計された数値である

出所: 総務省統計局「国勢調査 - 時系列データ」、国立社会保障・人口問題研究所「人口推計 - 長期時系列データ」、「人口推計 - 各月1日現在人口」(2021-2025年)

# 社会保障費の推移

日本の社会保障給付費は1989年から、年平均成長率：3.3%の割合で増加しており、2023年には135兆円にのぼる

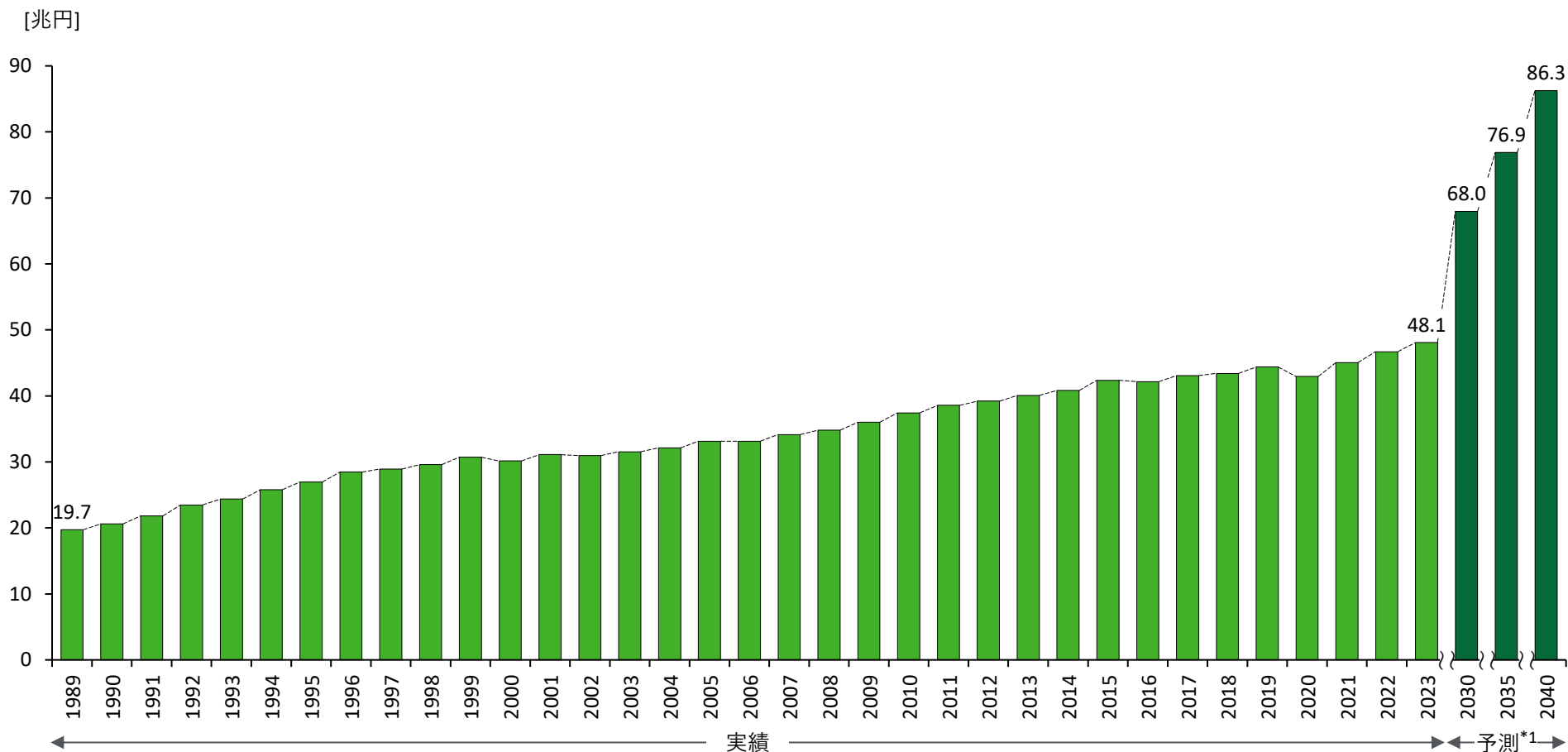
図表A-3 社会保障給付費の推移（1989-2023年）



## 医療費の推移

1989年に約20兆円であった国民医療費は、2023年にはおよそ2.4倍の約48兆円へと増加しており、今後も増加傾向が継続し、2040年には約86兆円に到達すると見込まれている

図表A-4 国民医療費の推移と将来推計（1989-2040年）



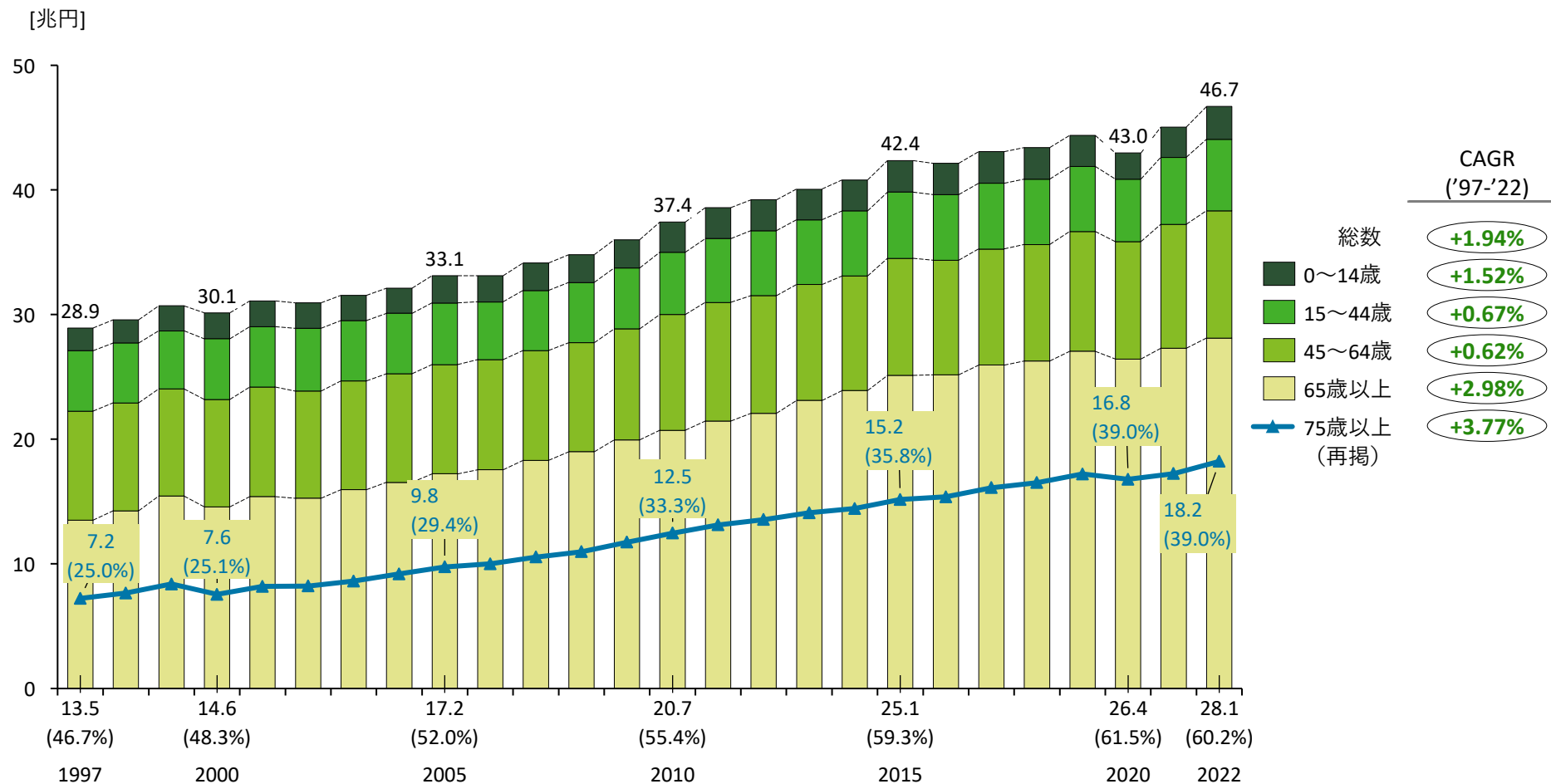
\*1：予測期間は地域医療構想などに基づく計画ベース、名目GDP成長率に鑑み成長実現シナリオにおける賃金上昇率および物価上昇率を反映させた推計値を採用している

出所：実績期間は厚生労働省「令和5年度国民医療費」、予測期間は厚生労働省「2040年を見据えた社会保障の将来見通し（議論の素材）」

# 年齢階級別 医療費の推移

国民医療費の増加は65歳以上の高齢者医療費の増加が主な要因となっており、特に75歳以上の後期高齢者における医療費増加の影響が大きい

図表A-5 年齢階級別 国民医療費の推移\*1 (1997-2022年)



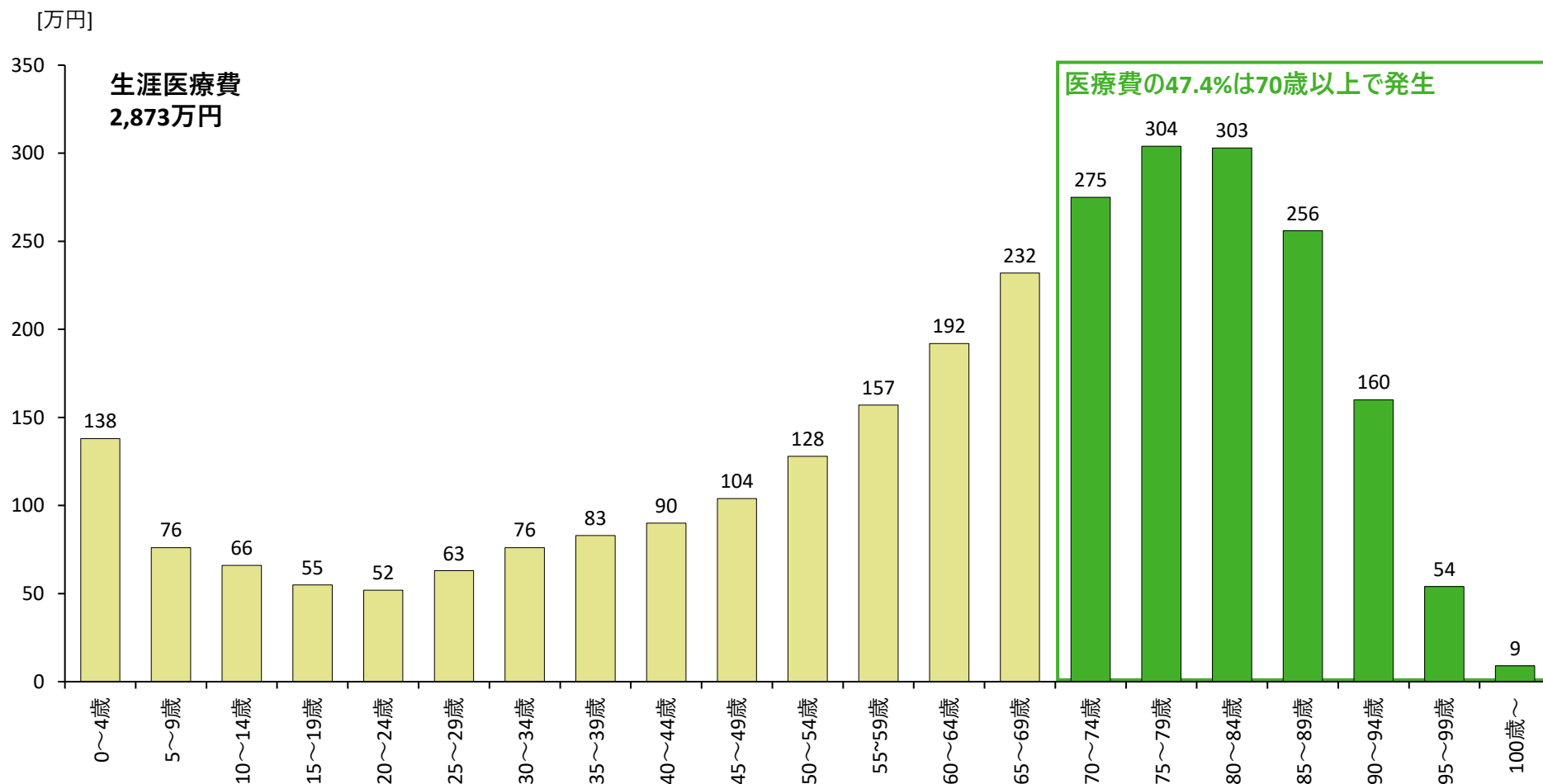
\*1: グラフ中のカッコ書きは各年の国民医療費全体に占める構成比

出所: 厚生労働省「令和4年度国民医療費」

## 各年齢で必要となる医療費（生涯医療費）

1人当たりの生涯医療費は2,873万円であるとされており、そのうち70歳以降で必要となる医療費は約47.4%の1,361万円である

図表A-6 生涯医療費（2022年度推計）\*1

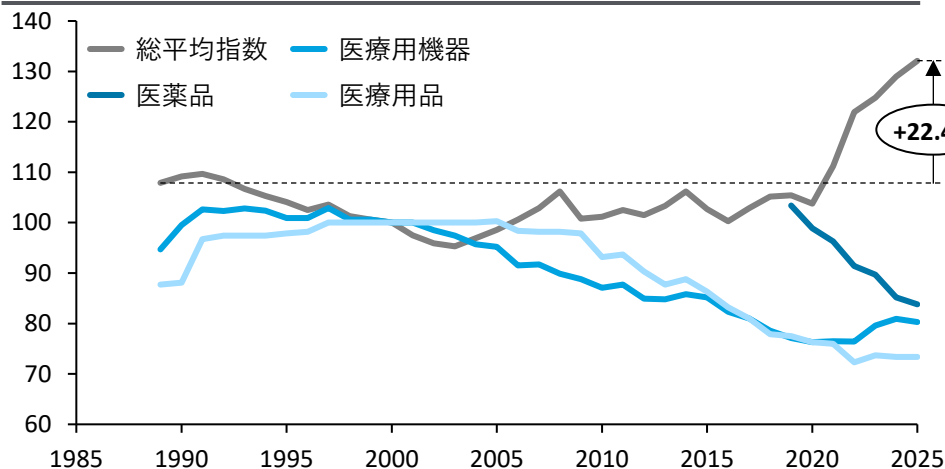


\*1：令和4年度の年齢階級別1人当たり国民医療費をもとに、令和4年簡易生命表による定常人口を適用して推計したもの。出所資料上部に掲載されている表中の数値を使用した  
出所：厚生労働省「平成22年度推計生涯医療費」

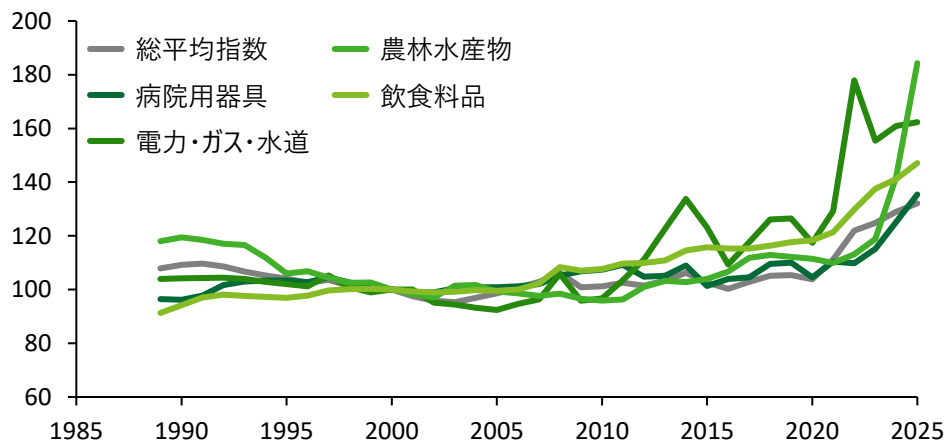
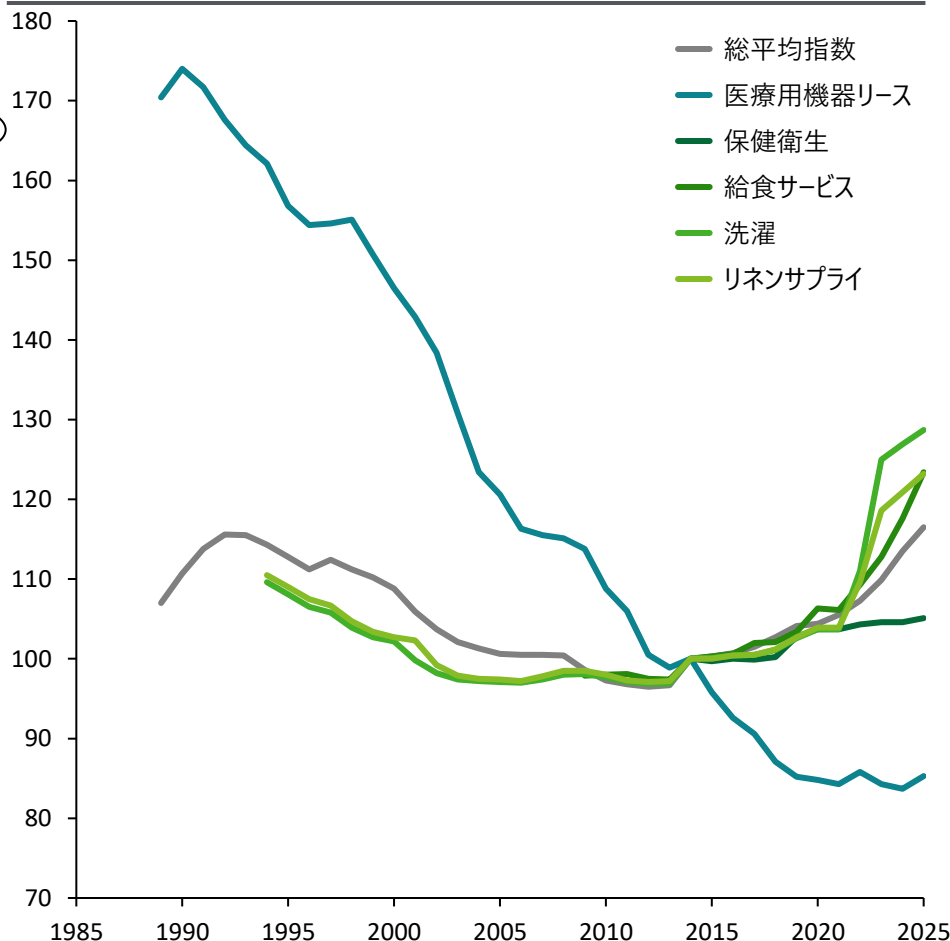
# 企業物価指数の推移

企業物価指数全体の総平均指数は、直近のエネルギー価格高騰等を背景に1989年比で約22%上昇しているが、品目別に比較すると医薬品や医療用機器等では平均とは乖離し指数が下降している

図表A-7 2000年基準 企業物価指数\*1 (1989-2025/8)



図表A-8 2014年基準 企業向けサービス価格指数\*1 (1989-2025/8)



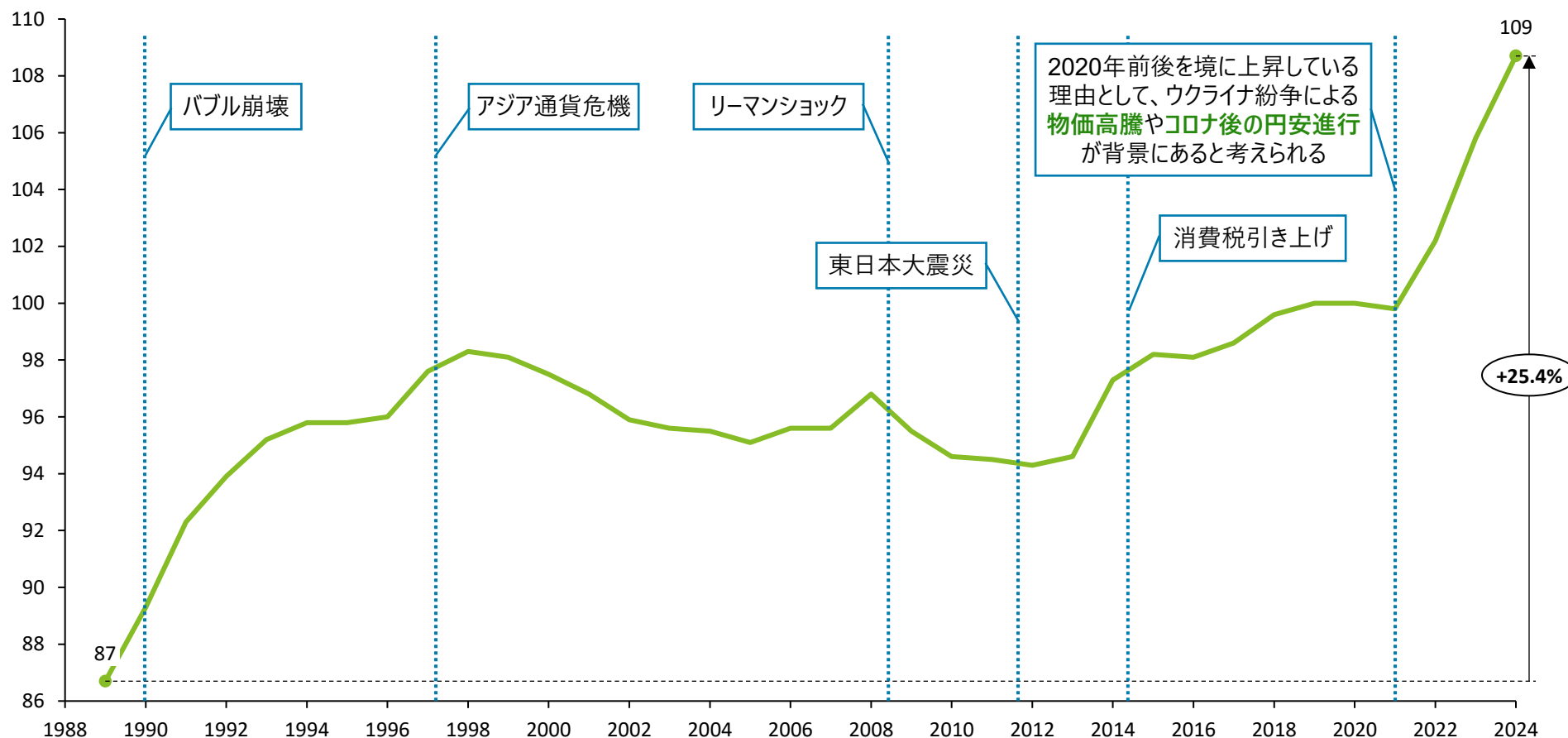
\*1: 2020年基準の日本銀行データを基に、各品目のデータが経年で揃う2000年もしくは2014年を基準に換算した (医薬品のみ2020年基準)

出所: 日本銀行「企業物価指数-時系列統計データ」、「企業向けサービス価格指数-時系列統計データ」

## 消費者物価指数の推移

消費者物価指数は、エネルギー価格の高騰等を背景に2021年頃から急激に上昇し、結果として1989年から2024年までの上昇幅は25.4%であった

図表A-9 2020年基準 総合消費者物価指数（1989-2024年）



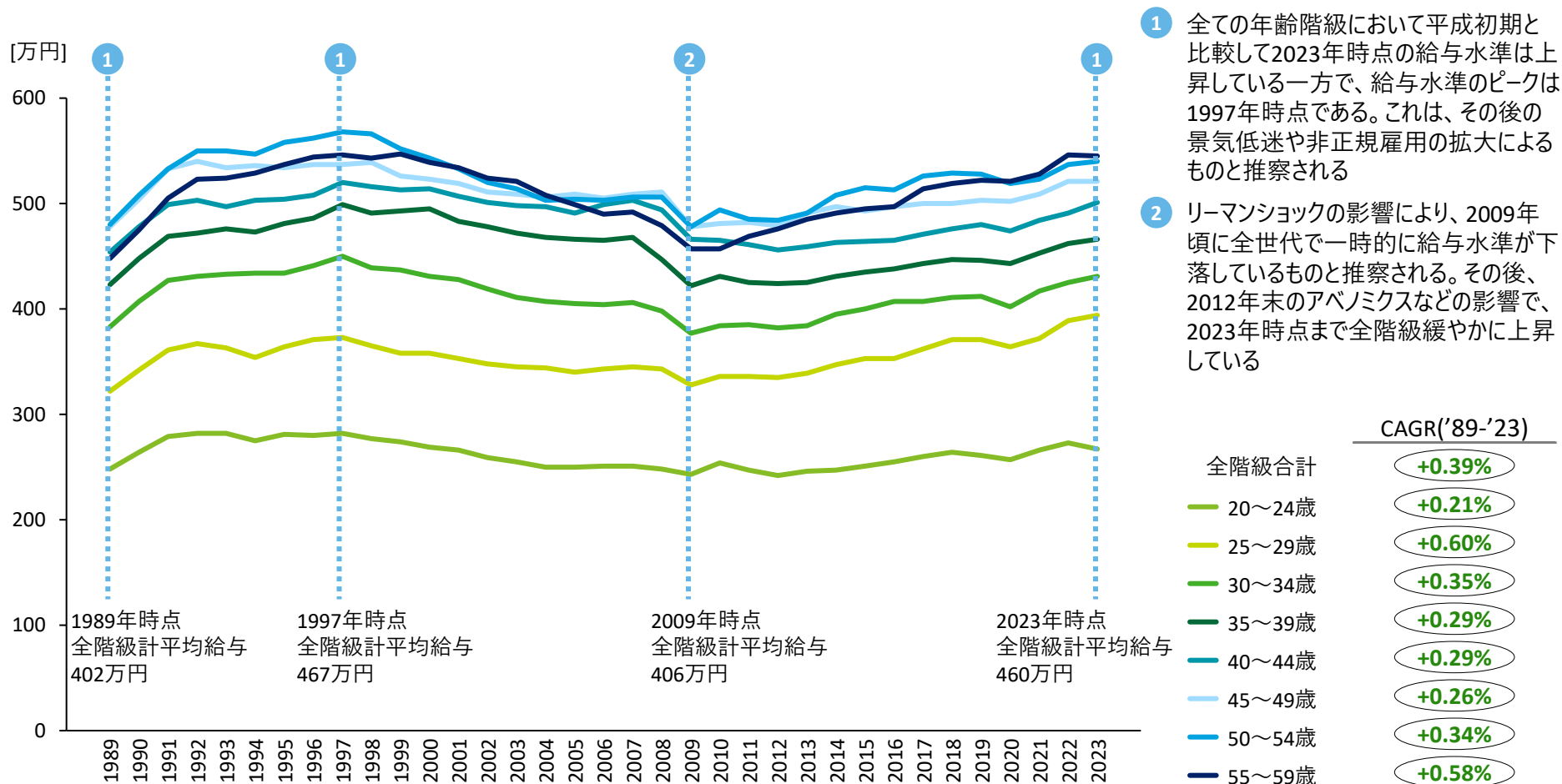
\*：2020年基準のラスパイレス連鎖基準方式による消費者物価指数（参考指数）を採用

出所：総務省「令和6年消費者物価指数」

# 年齢階級別 平均給与の推移

平成初期から現在に至るまでにおいて、平均給与は全世代を通じて緩やかな増加傾向にあるが、給与所得のピークは1997年となっている

図表A-10 年齢階級別の平均給与の推移（1989-2023年）

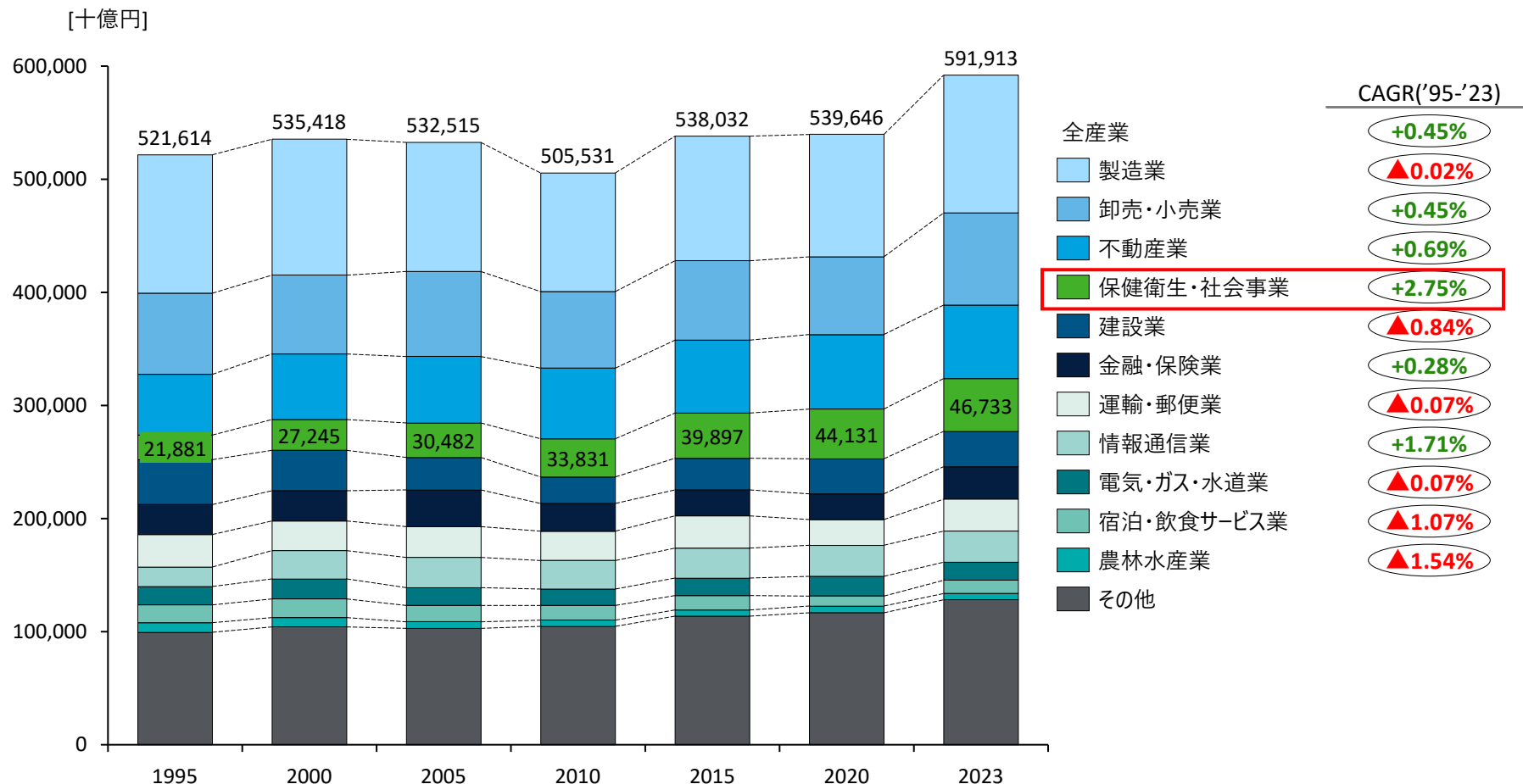


出所：国税庁「民間給与実態統計調査 - 長期時系列データ」

# 産業別 名目GDP推移

産業別のGDPを比較すると、保健衛生・社会事業は他産業と比較して成長率が高いが、これは主に高齢者の増加によって需要量が増加したためと推察される

図表A-11 産業別 名目GDP推移 (1995-2023年)



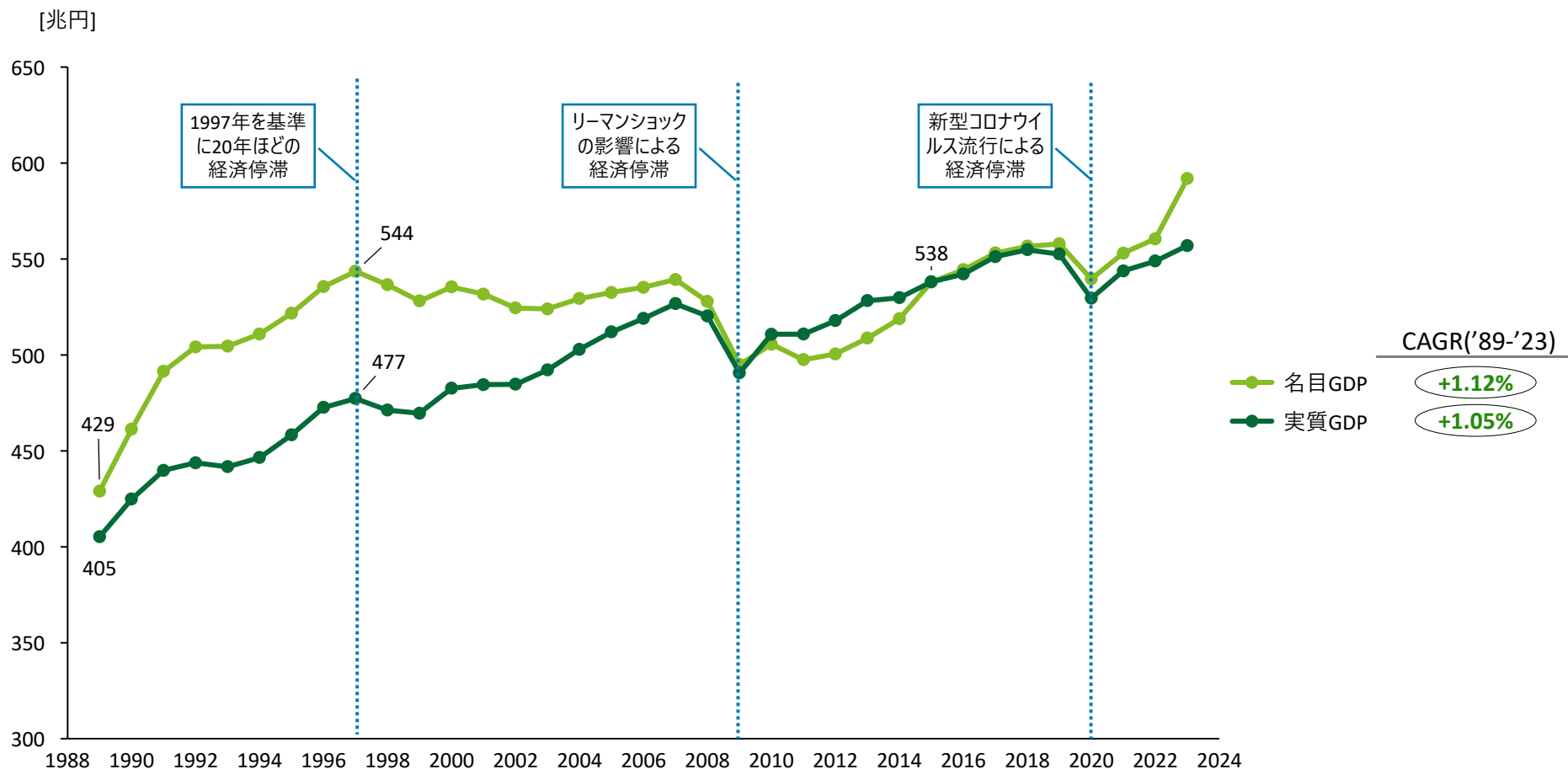
\*1: 保健衛生・社会事業には医療・福祉、(政府)保健衛生、社会福祉、(非営利)社会福祉が含まれる \*2: 2020年基準を採用している

出所: 内閣府「令和5年国民経済計算」

# 日本のGDP(国内総生産)の推移

日本のGDPは平成初期から1997年をピークにその後約20年停滞し、2009年のリーマンショックや2020年の新型コロナウイルス拡大による一時的な落ち込みを経てCAGR約1%で微増した

図表A-12 日本のGDPの推移（1989-2024年）

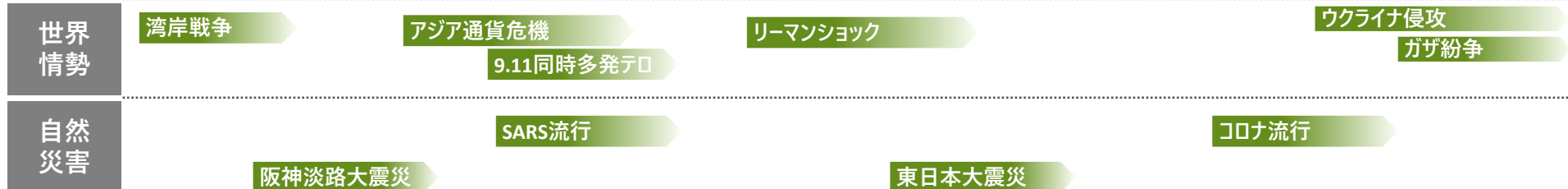


\*1: GDPは暦年のGDPを採用している \*2: 1994年以前は簡易遡及による計算である \*3: 実質GDPは2015年の物価水準を基準としたデータであるため、2015年は実質GDPが名目GDPと一致する  
出所: 内閣府「令和5年国民経済計算」

## B. 社会保障制度の変遷

# 平成初期からの社会保障制度の変遷

	2000年以前	2001-2009年	2010-2019年	2020年以降
時代サマリ	<ul style="list-style-type: none"> <li>1990年代半ば以降、バブル崩壊やアジア金融危機等の要因により日本経済はデフレとなった</li> <li>1989年には高齢化率が12%、出生率は1.57となったことで政府が少子化対策に乗り出すこととなった（「1.57ショック」）。また、高齢化に伴い、<b>医療・介護保険関連制度の整備を進めるとともに、増加する社会保障給付への対応として、消費税が導入された（1989年～）</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>9.11同時多発テロやリーマンショックにより、国内経済は落込んだ</li> <li>1990年代後半に中央省庁改革法が施行され、<b>2001年に厚生労働省が発足した</b></li> <li>少子高齢化による若年層への負担増加、財政赤字の深刻化を背景に小泉政権による大幅な構造改革が行われ、<b>社会保障費の抑制及び高齢者と若年層の費用負担の公平化のための取組が進められた</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>東日本大震災後のデフレや社会保障費増大等を背景に、安倍政権のアベノミクスのもと経済再生と財政健全化の両立が図られた</li> <li>少子高齢化による人口減少が進行する中、<b>全世代型に対応する社会保障制度の構築が進められ、消費税を社会保障目的税化した上で、2度の税率引き上げが行われた（税・社会保障一体改革）</b></li> <li>中長期の人口構造や医療需要の変化を見据えた<b>地域医療構想も推進された</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>新型コロナウイルス感染症の流行やロシア・ウクライナ間の軍事衝突等に起因し、<b>物価高や円安が進行し、医療産業を含む多くの産業に影響を及ぼしている</b></li> <li>コロナ禍で、より各地域との情報連携体制が課題視されるようになり<b>医療・介護におけるDX化が推進</b>されている</li> </ul>



# 社会保障制度の全体像

社会保障制度は社会保険、社会福祉、公的扶助、保険医療・公衆衛生の4つの柱から構成されており、本事業では社会保険のうち、医療・介護に焦点を当て整理する

## ① 社会保険（年金・医療・介護）

### 目的：

病気、事故や老齢等、日常生活において発生し得る出来事に対して、生活の安定を図ることを目的とした原則強制加入の制度

### 種類：

- ① 医療保険制度
- ② 介護保険制度
- ③ 年金制度 等

## ③ 公的扶助

### 目的：

生活に困窮する国民に対して、最低限の生活を補助し、自立を促す制度

### 種類：

- ① 生活保護制度

## ② 社会福祉

### 目的：

障害者や母子家庭など社会的にハンディキャップを負っている国民に向けた公的支援制度

### 種類：

- ① 社会福祉
- ② 児童福祉 等

## ④ 保健医療・公衆衛生

### 目的：

国民の健康的な生活を守るための予防・衛生のための制度

### 種類：

- ① 医療サービス
- ② 保健事業
- ③ 母子保健
- ④ 公衆衛生

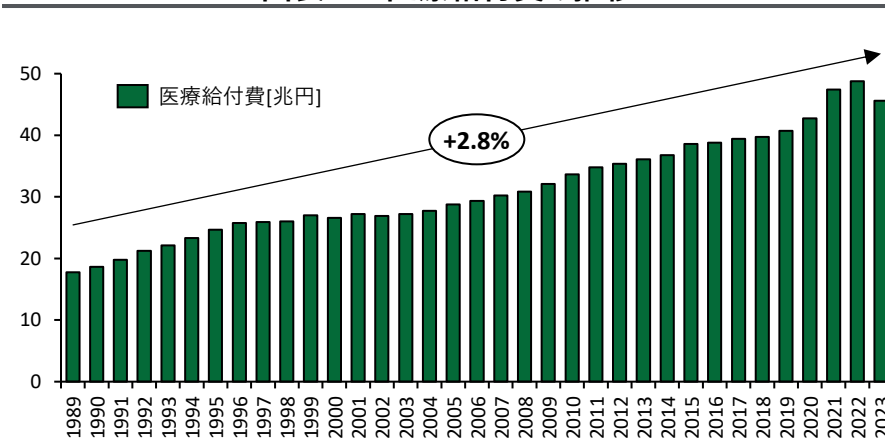
# 公的医療保険制度の概要

公的医療保険制度は被用者保険制度、国民健康保険制度、後期高齢者医療制度によって構成されている

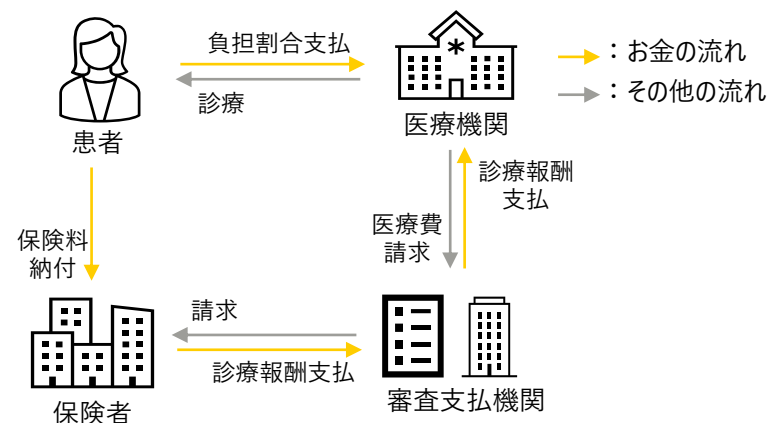
公的医療保険の種類

分類	保険者	対象者
医療保険	<ul style="list-style-type: none"> <li>全国健康保険協会</li> <li>健保組合</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>民間会社の勤労者とその家族</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>都道府県</li> <li>市町村</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>健康保険、船員保険、共済組合に加入していない一般住民</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>全国健康保険協会</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>船員</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>各種共済組合</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>国家公務員</li> <li>地方公務員</li> <li>私学の教職員</li> </ul>
高齢者医療	<ul style="list-style-type: none"> <li>後期高齢者医療広域連合</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>75歳以上の高齢者</li> <li>65-74歳で障害認定を受けた人</li> </ul>

図表B-1 医療給付費の推移



主な仕組み



出所：厚生労働省「我が国の医療保険について」、国立社会保障・人口問題研究所「令和5年度社会保障費用統計」、全国健康保険協会「医療制度の体系」に基づきデロイト作成

# 利用者負担割合の変遷と現状

利用者の負担割合は年齢ごとに拡大してきたが、公費削減の目的以外にも、医療産業においても構造変化が及んでいる

		～1972	1973/1	1983/2	1997/9	2001/1	2002/10	2003/4	2006/10	2008/4～	2022/10～
国民健康保険	70歳以上	老人医療費支給制度前	老人医療費支給制度(老人福祉法)	老人保健制度						後期高齢者医療制度	
		3割	なし	入院300円/日 外来400円/月	1,000円/日 500円/日 + 薬剤一部負担	定率1割 薬剤一部負担 廃止 高額療養費創設	定率1割 (現役並み所得者2割)	定率1割 (現役並み所得者3割)	75歳以上	1割 (現役並み所得者3割)	1割 (一定所得以上) <sup>*1</sup> 2割、 現役並み所得者3割)
被用者・本人	70歳以下	定額	国保	3割 高額療養費創設	入院3割 外来3割 + 薬剤一部負担		3割 薬剤一部負担 廃止	3割	70歳未満	2割 (現役並み所得者3割)	2割 (現役並み所得者3割)
被用者・家族		被用者本人	定額 高額療養費創設	入院3割 外来3割 + 薬剤一部負担		3割				3割	
		5割	被用者家族	3割 高額療養費創設 入院2割、外来3割	入院3割 外来3割 + 薬剤一部負担						3割

## 現状

- 利用者負担の引き上げにより、患者には受診抑制の心理が働き、軽傷外来や慢性薬市場を抑制する一方、高額療養費制度で守られた重症・高付加価値医療は維持される傾向にある  
→ 量を稼ぐ医療から、質と付加価値で稼ぐ医療産業に転換している

## 残存課題

- 賃金の上昇が物価高に追従できていない中、現役世代等の負担をするためには、例えば年齢以外の要因に応じた負担の分配や医療費だけでなく介護費との負担バランスなどを含め、メリハリのある医療費分配の実現が課題となっている

**1973/1～**  
 税金が潤沢な時期であり、老人医療費無料化制度が開始

**1983/2～**  
 1970年後半の石油ショックにより財政赤字が深刻化し、老人医療費が急増したことから高齢者にも負担を導入

**1997/2～**  
 バブル期崩壊後医療費の膨張が継続し、働く世代に3割負担を導入

**2000/1～**  
 国民医療費が30兆円超となり、老人医療も所得に応じて2002年に2割、2006年に3割負担を導入

**2002/10～**

- 団塊世代の高齢化期に突入り、財源不足が進行し、高齢者の2割、3割負担層を拡張
- 医療機関の病床数や機能数を把握し、各地域の医療体制を構築するために地域医療構想が2014年に制度化された。団塊世代の高齢化を見込んだ対応でもある

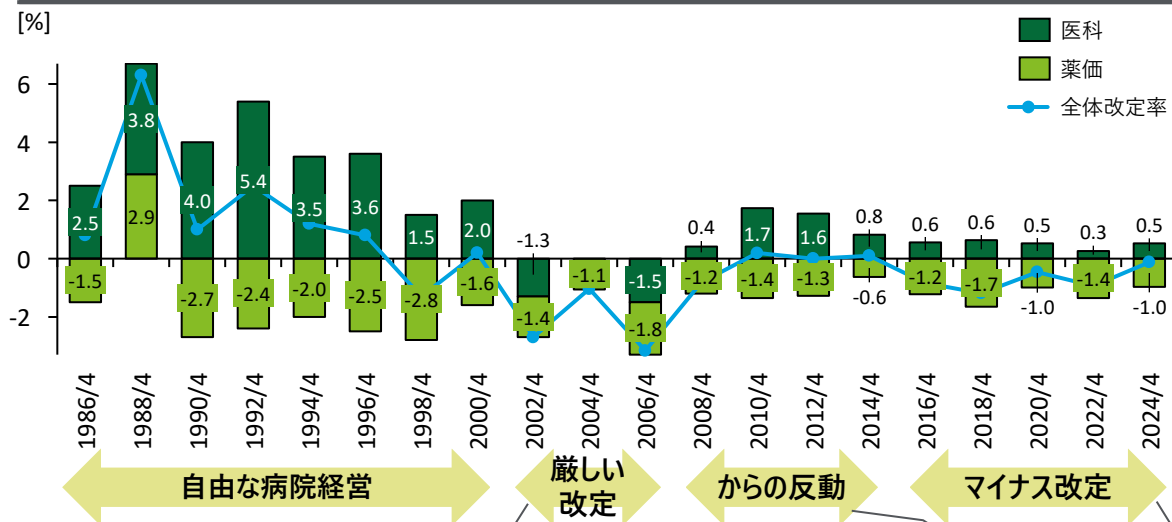
\*1：一定所得とは、年金収入 + その他合計所得金額が200万円以上のこと

出所：厚生労働白書「平成19年 我が国の保険医療をめぐるこれまでの軌跡p19」、厚生労働省HP、財務省HP、公開情報に基づきデロイト作成

# 診療報酬制度改定と現状

2000年以降、診療報酬はマイナス改定のトレンドにあるものの、2020年以降では医療提供体制効率化に向けた加点項目を加え、制度面から医療機関の経営へ影響を及ぼしている

図表B-2 診療報酬改定率の変遷と背景にある経済社会動向



## 現状

- 慢性的な収益圧迫、赤字病院が6割存在している
- 報酬抑制により人材不足は継続し採用も難航している
- 在院日数の減少や医療の質向上策導入、病床機能分化、ICT導入等、**医療現場の効率化**に向けた施策が進展している

## 残存課題

- 収益悪化により、賃上げや設備投資が制約され、**他産業に追随した成長の実現が難しい**
- 地域医療構想の実現は発展途上にある

### 2001年

- 小泉政権の構造改革により、社会保障を含む歳出削減が実行された

### 2002-2003年

- 国債依存度が44%に達し、財政健全化のために社会保障費抑制が取組まれた
- 医療費総額が30兆円超となる

### 2006-2007年

- 第一期医療費適正計画が導入された
- 国からの補助が引き締まったことを背景に勤務医の労働環境が悪化し、診療科の閉鎖も生じた

### 2009-2010年代

- リーマンショック後の景気対策や政権交代による政策転換により、社会保障費は積極投資に切り替わった一方、社会保障費の自然増は5000億円程度に抑制することも明示されていた

### 2012年以降

- 安倍政権と財務省の抑制方針や消費税増税による増収などから、社会保障費伸び抑制のための診療報酬マイナス改定が継続している

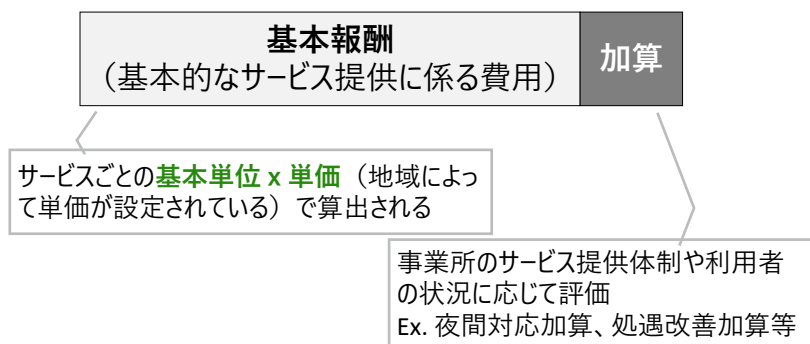
### 2020年以降

- コロナ感染症拡大により、臨時財政の支出があったことにより診療報酬を抑制している
- 病床や人材確保、医療の電子化の遅れ等の問題が浮き彫りになりDX化推進や人材確保に向けた加点項目を加える改定がなされた

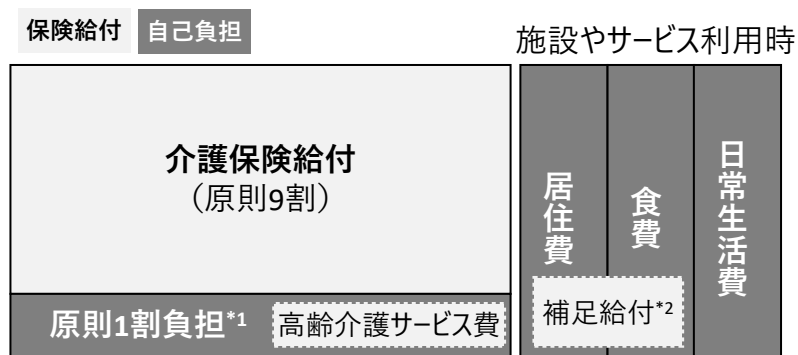
# 介護保険制度の概要

2000年の介護保険制度の創設と同時に、医療における診療報酬制度と同様に介護報酬制度が定められ、介護保険料は年々増加している

## 介護報酬構造



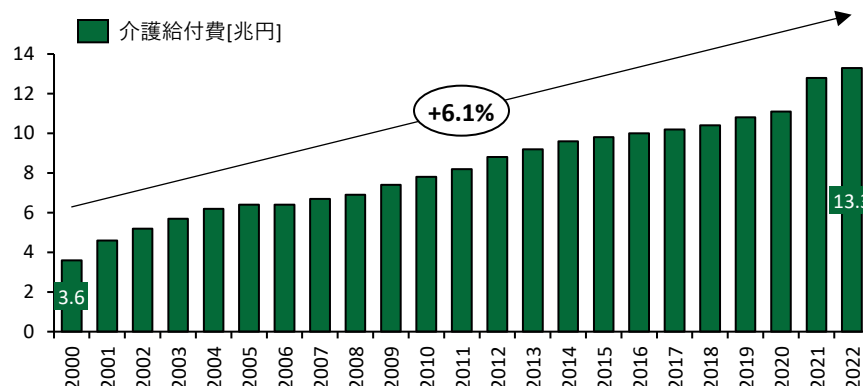
## 費用負担構成



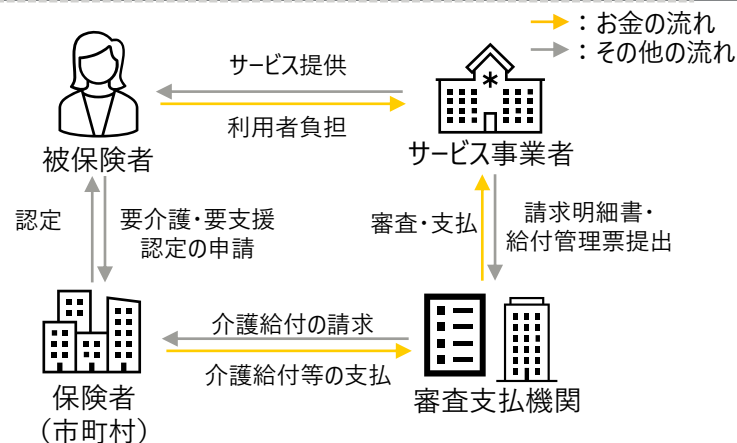
\*1: 居宅介護支援は全額保険給付される

\*2: 介護保険3施設・ショートステイにおいては居住費、食費が補足給付される

## 図表B-3 介護給付費の推移



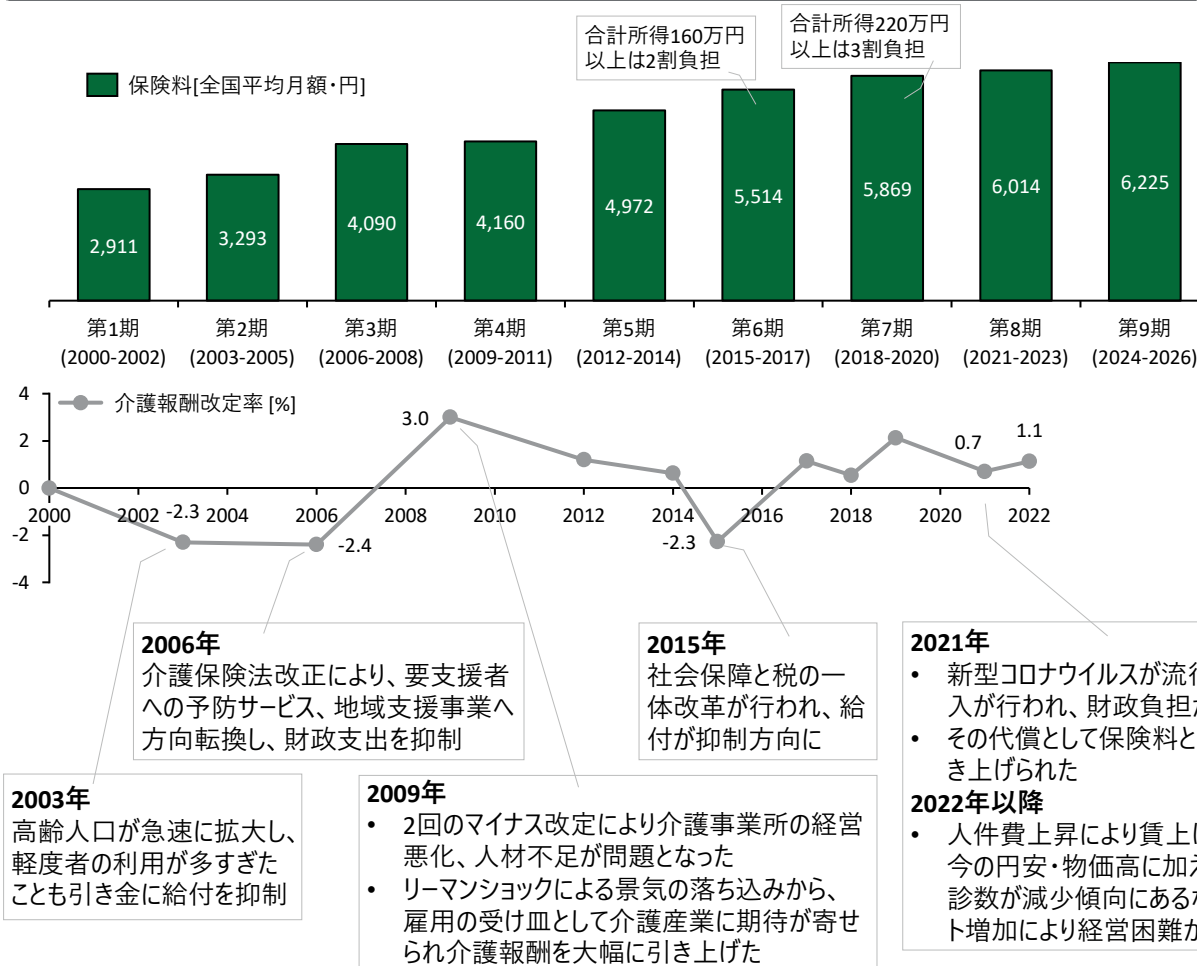
## 全体的な仕組み



# 介護報酬と利用者負担割合改定の変遷

高齢者人口の増加等により利用者負担・保険料は引き上げられており、また、介護報酬においてもプラス改定が継続している

図表B-4 保険料、利用者負担割合、介護報酬改定率の推移



## 現状

- 介護報酬制度はプラス改定が継続し、事業所の収入は増加したものの、円安や物価高等の外的要因にコストが割かれ、**労働者の賃金として十分に反映されていないため人材不足は継続し、小規模事業者は経営難に直面している**

## 残存課題

- 地域包括ケアの推進と多職種連携が発展途中である
- 中山間地域や離島と都心部とでサービス**格差が残存する**
- 拡大する高齢人口に対し、**介護人材が不足している**

## C. 医療介護提供体制の現状

## 開設主体の種類

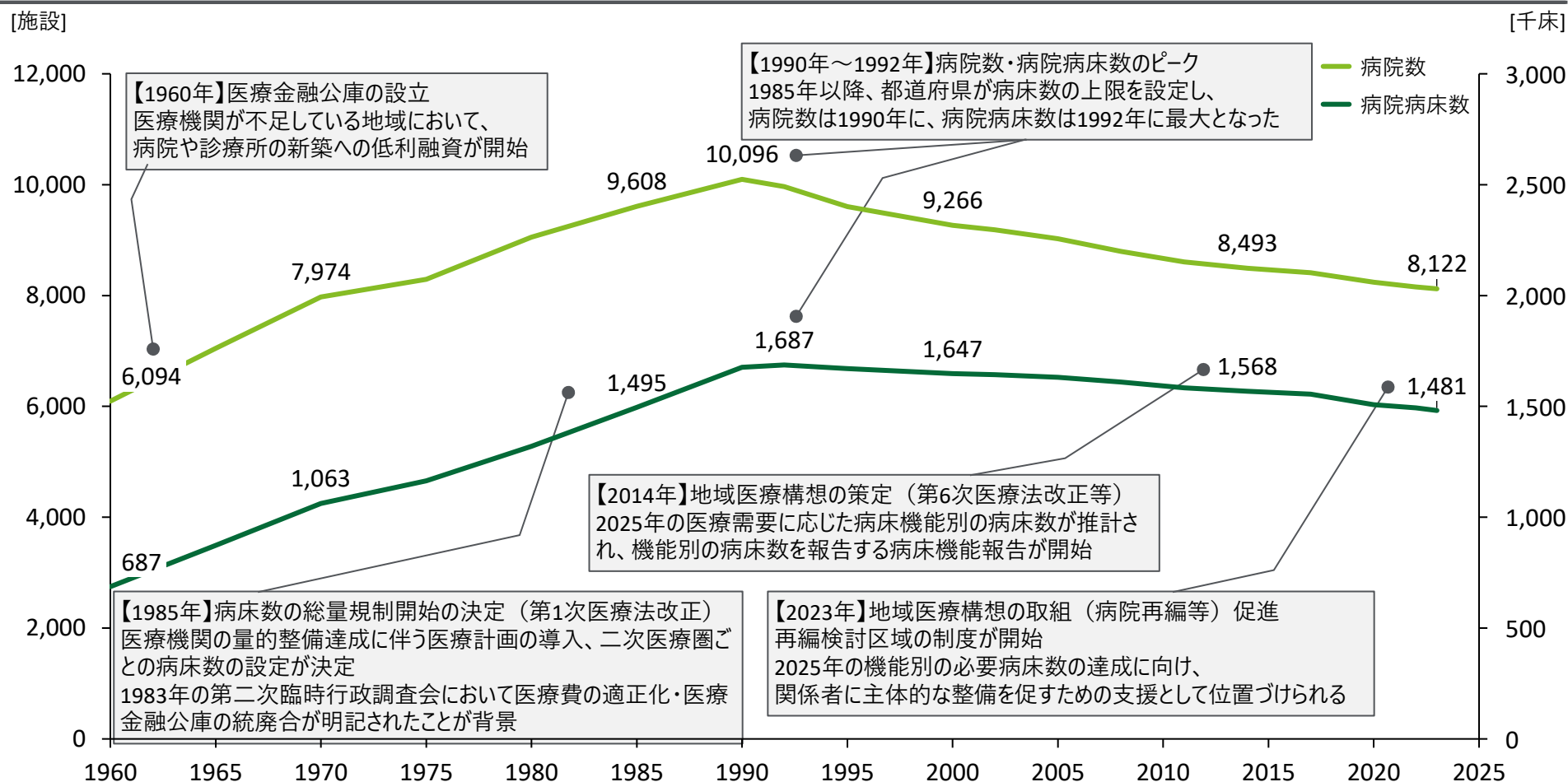
病院の開設主体は広義の公的病院と民間病院に二分され、さらに公的病院は4分類、民間病院は2分類に大別される

開設主体の種類		病院例	
公	<b>国立</b> (厚生労働省、国立大学法人、独立行政法人国立病院機構等)	<ul style="list-style-type: none"> <li>防衛医科大学校病院</li> <li>宮内庁病院</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>国立がん研究センター中央病院等</li> </ul>
	<b>公立</b> (都道府県、市町村、地方独立行政法人等)	<ul style="list-style-type: none"> <li>大阪市立総合医療センター</li> <li>札幌医科大学附属病院</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>埼玉総合リハビリテーションセンター等</li> </ul>
	<b>公的</b> (日本赤十字社、済生会、全国厚生農業共同組合連合会等)	<ul style="list-style-type: none"> <li>武蔵野赤十字病院</li> <li>済生会中央病院</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>小樽病院等</li> </ul>
	<b>社会保険関係法人</b> (健康保険組合、共済組合等)	<ul style="list-style-type: none"> <li>虎ノ門病院</li> <li>厚生中央病院</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>関東中央病院等</li> </ul>
民	<b>医療法人</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>湘南鎌倉総合病院(徳洲会)</li> <li>板橋中央総合病院(IMSグループ)等</li> </ul>	
	<b>個人</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>—</li> </ul>	
	<b>その他</b> (公益法人、学校法人、社会福祉法人等)	<ul style="list-style-type: none"> <li>慶応義塾大学病院</li> <li>JR病院</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>NTT病院等</li> </ul>

## 病院数・病床数の概観

日本の病院・病床数は高度経済成長期に増加した。その後、都道府県単位で病床数の上限が設定され、1992年にピークを迎えて以降、現在まで減少傾向にある

図表C-1 病院数（左軸）・病院病床数（右軸）の推移（1960-2023年）

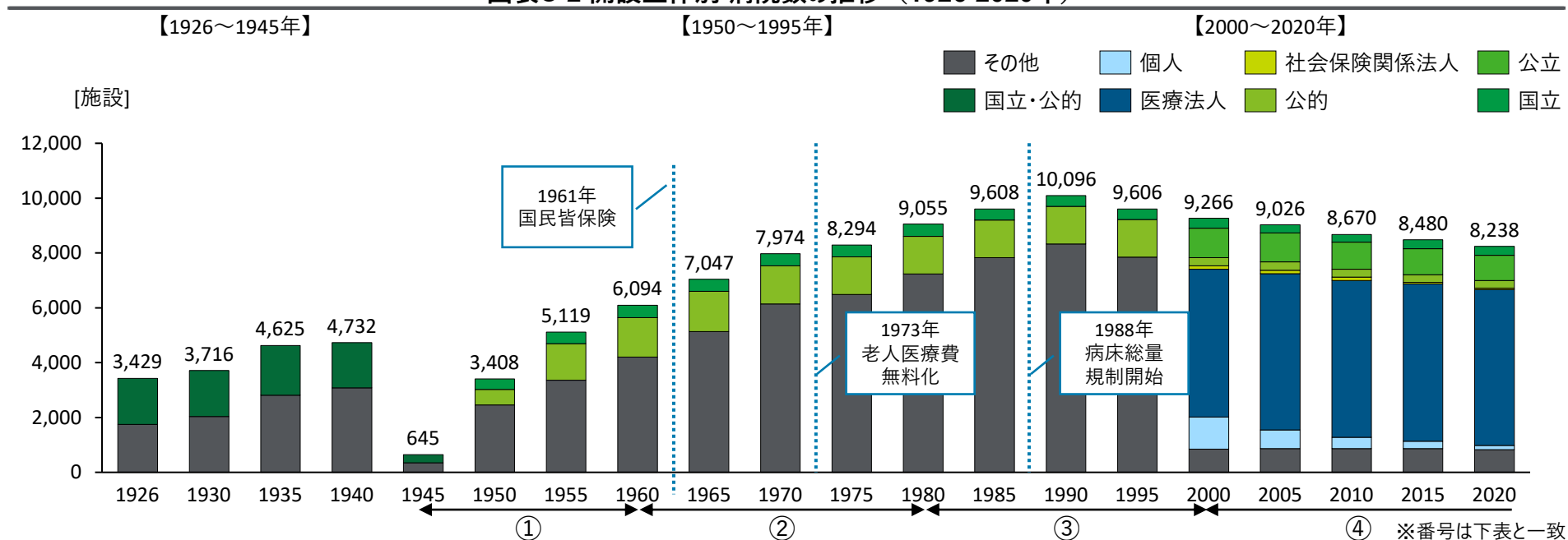


出所：厚生労働省「医療施設調査, 医師・歯科医師・薬剤師調査」（1960-1970年）、「医療施設調査」（1975-2023年）、「令和2年度版厚生労働白書 - 医療施設（病院・診療所）数の推移」

# 開設主体別 病院数の推移

病院数は20世紀後半まで増加し、1988年の医療法改正以降は減少に転じた。戦後の病院整備は、GHQの方針により大半は民間によるものとなり、2020年時点では全体の81%が民間病院である

図表C-2 開設主体別 病院数の推移（1926-2020年）



① 戦後復興期 (1945~1950年代)	② 社会保障制度確立・高度経済成長と医療供給の拡充(1960~1970年代)	③ 医療費抑制政策 (1980~1990年代)	④ 少子高齢化、医療需要の変化 (2000年代~)
-----------------------	--	-------------------------	---------------------------

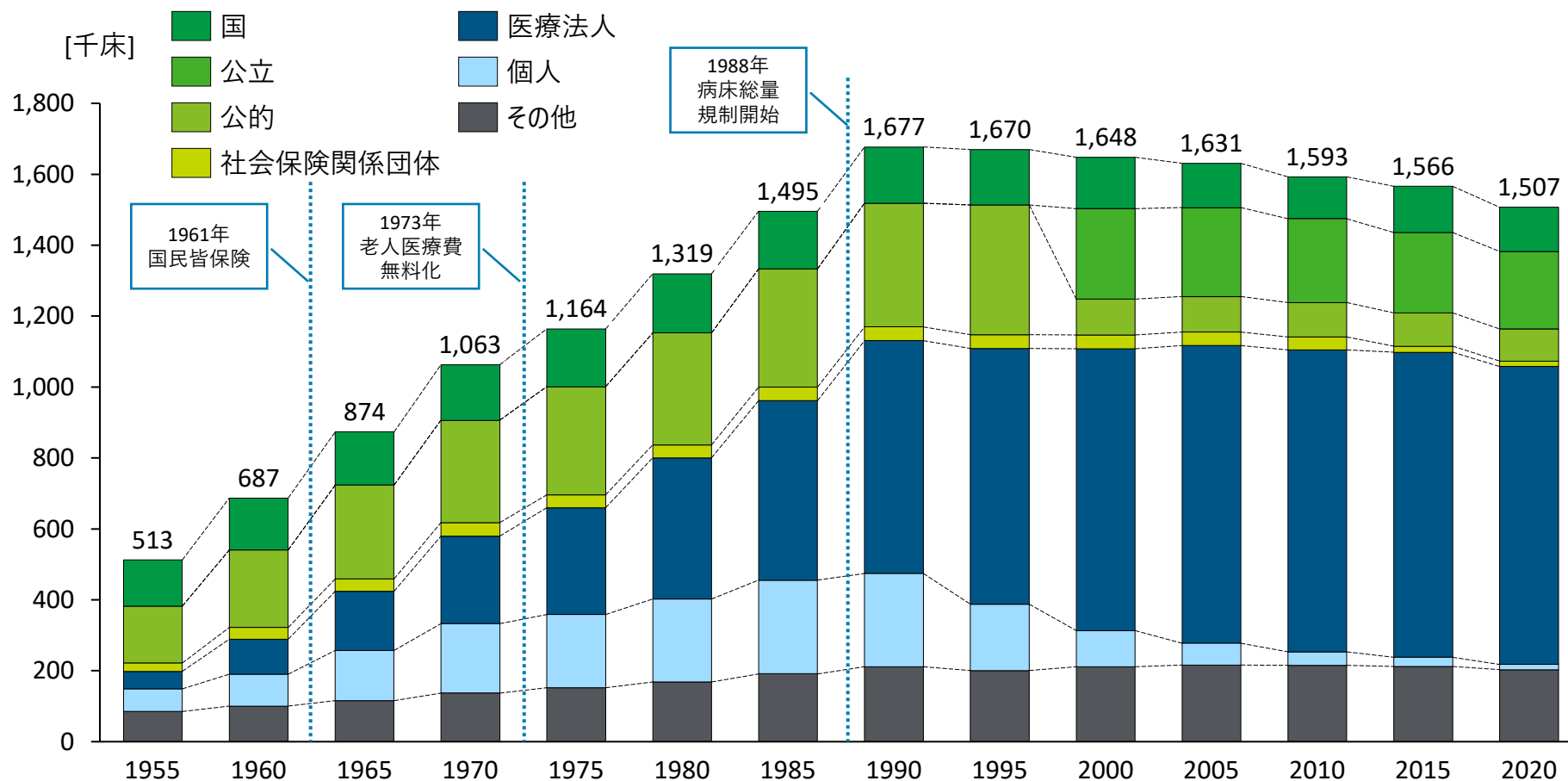
- ① 戦後復興期 (1945~1950年代)
  - 明治以来の開業医中心主義及びGHQの方針・指導(医療の民主化・分権化)の下、民間セクターを中心に病院が増加
  - 医療法人制度、医療金融公庫の創設による後押し
- ② 社会保障制度確立・高度経済成長と医療供給の拡充(1960~1970年代)
  - 国民皆保険の実現(1961)により病院の需要急拡大
  - 人口増加・老人医療費無料化制度に伴う病院の需要拡大
  - 医療法人制度改正による民間の病院開設の増加促進
- ③ 医療費抑制政策 (1980~1990年代)
  - 総量規制による病院の新設抑制、診療報酬抑制、機能分化
- ④ 少子高齢化、医療需要の変化 (2000年代~)
  - 病院数・病床数減少するも人口動態・医療需要変化から供給過多状態
  - 国・地方自治体による統合・再編・ダウンサイジング促進

\*1 1950年から1995年のデータの「国立」には厚生労働省、独立行政法人国立病院機構、国立大学法人、独立行政法人労働者、健康安全機構、国立高度専門医療研究センター、独立行政法人地域医療機能推進機構を含み、「公的」には都道府県、市町村、地方独立行政法人、日赤、済生会、北海道社会事業協会、厚生連、国民健康保険団体連合会を含む  
 出所：厚生労働省「医療施設調査」（1996-2020年）、「令和2年度版厚生労働白書 - 医療施設（病院・診療所）数の推移」

## 開設主体別 病床数の推移

病床数は病院整備に伴い民間を中心に増加し、第1次医療法改正(1988年)の病床総量規制をピークに増加は止まり、現在まで減少傾向にある

図表C-3 開設主体別 病床数の推移 (1955-2020年)



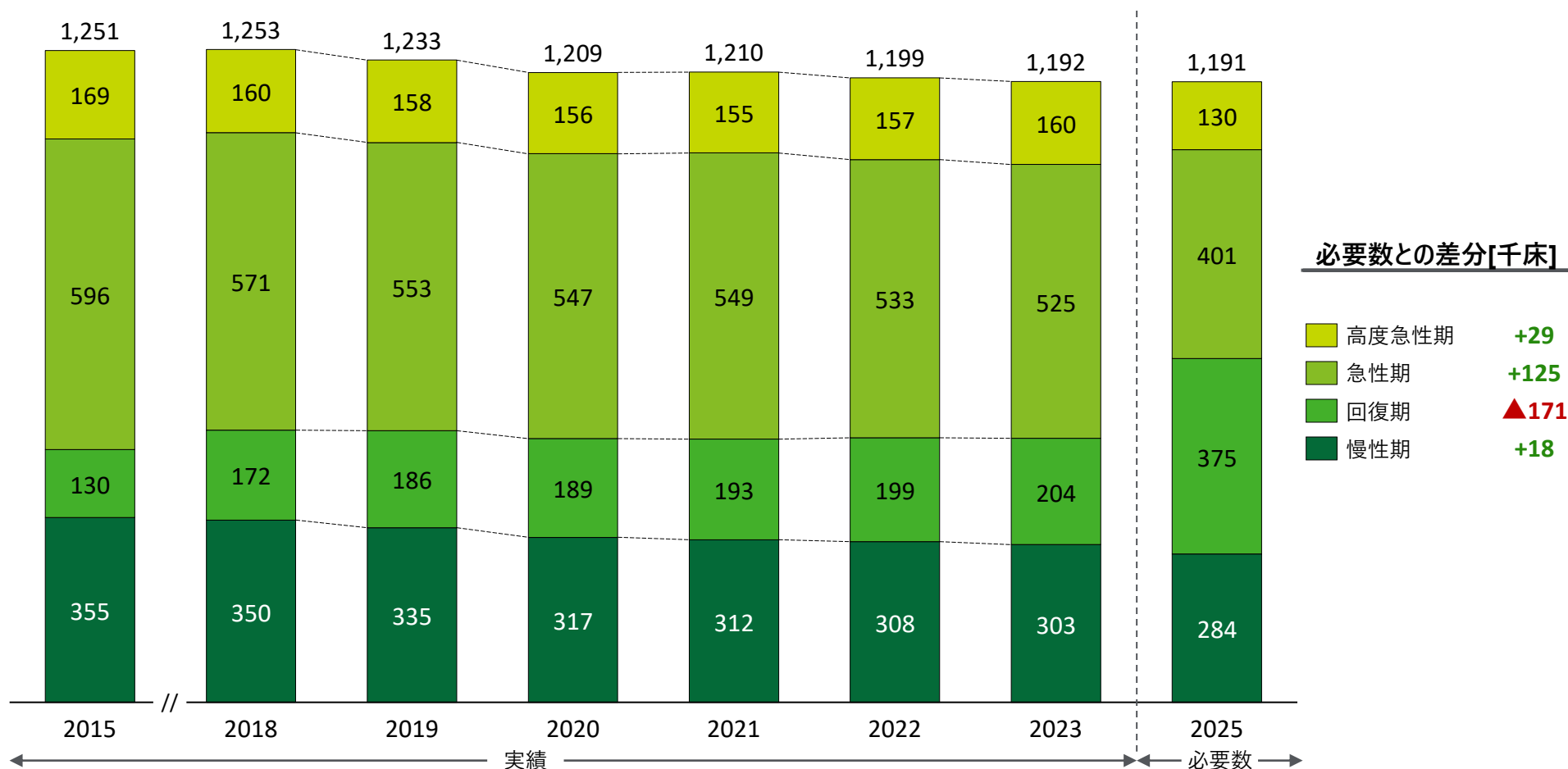
\*: 一般・療養病床のほか、精神、感染症、結核の各病床が含まれている

出所: 厚生労働省「医療施設調査, 医師・歯科医師・薬剤師調査」(1955-1970年)、「医療施設調査」(1975-2020年)

## 病床機能別 病床数の推移

地域医療構想における2025年の必要病床数と報告された病床数(2023年)とを比較すると、高度急性期・急性期・慢性期病床が必要病床数を上回る一方で、回復期病床が約17万床不足している

図表C-4 病床機能別 病床数の推移[千床] (2015-2025年)



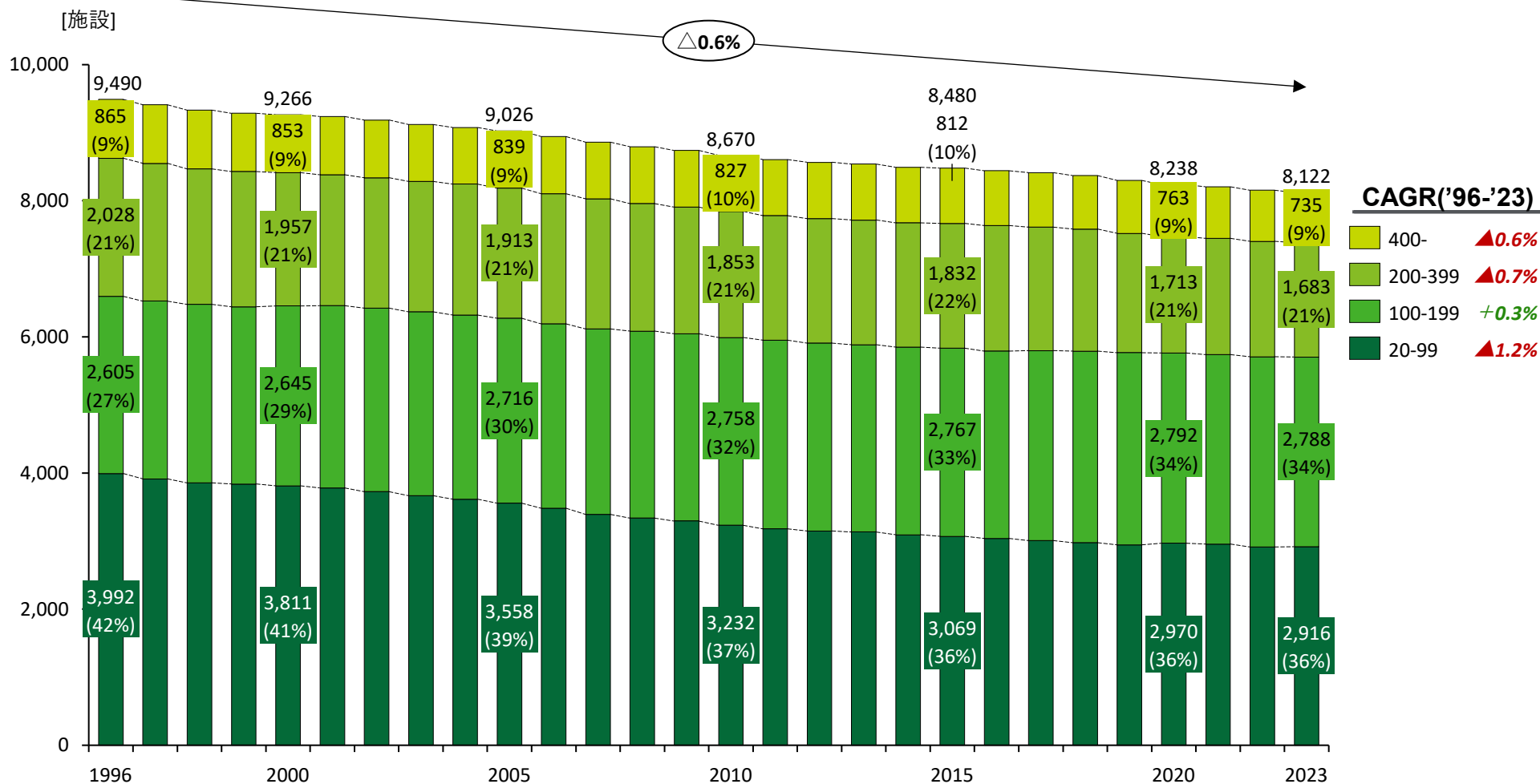
\*：対象とする医療機関数・報告率が異なるため、調査年間での比較は注意が必要。(上記期間における報告率は95.4%-98.6%)

出所：厚生労働省「令和4年度病床機能報告」「令和5年度病床機能報告」

# 病床規模別 病院数の推移

1996年から2023年にかけて、100-199床の病院は微増したものの、それ以外の病院数は全て減少しており、中でも20-99床の小規模な病院が最も減少している

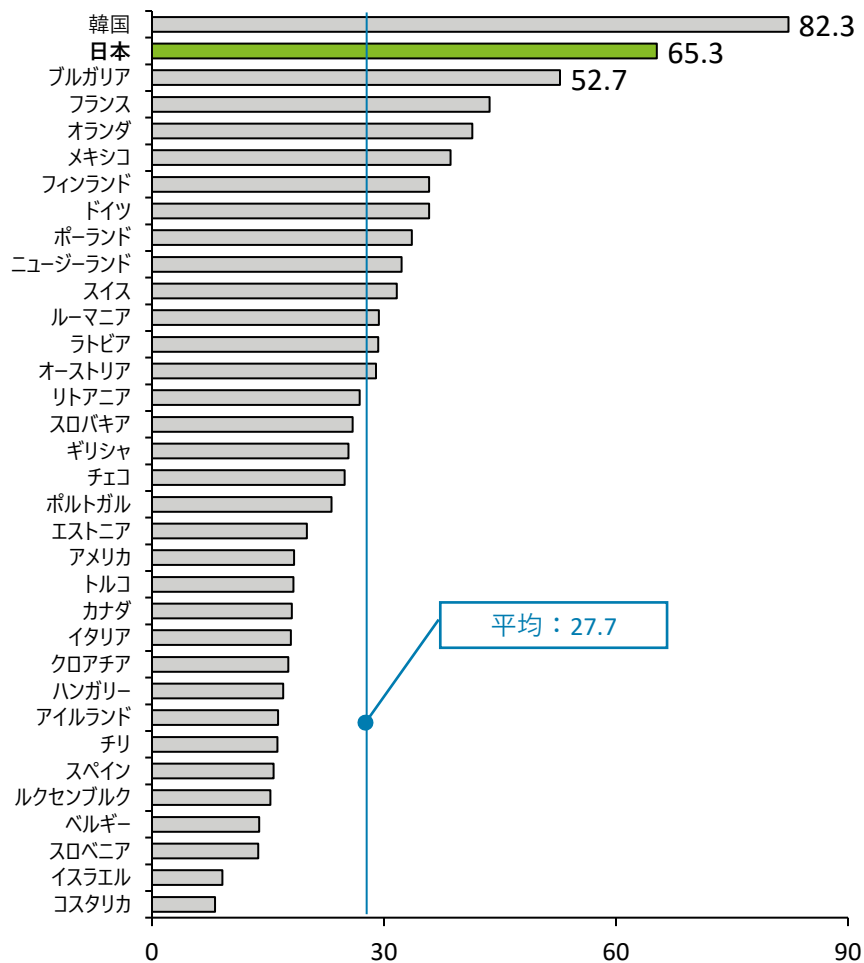
図表C-5 病床規模別 病院数の推移（1996-2023年）



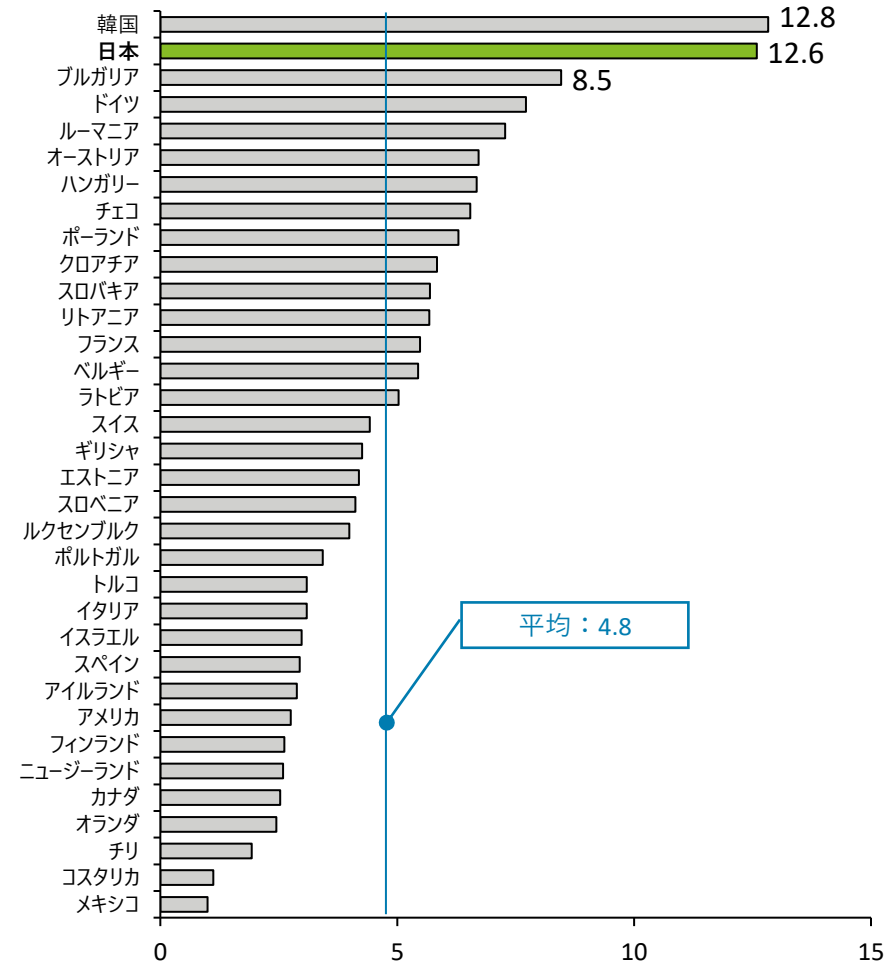
# 人口当たり病院数・病床数（国別）

日本の人口当たりの病院数・病床数は、韓国に次ぎ世界で2番目の規模である

図表C-6 人口百万人当たり病院数（2022年）



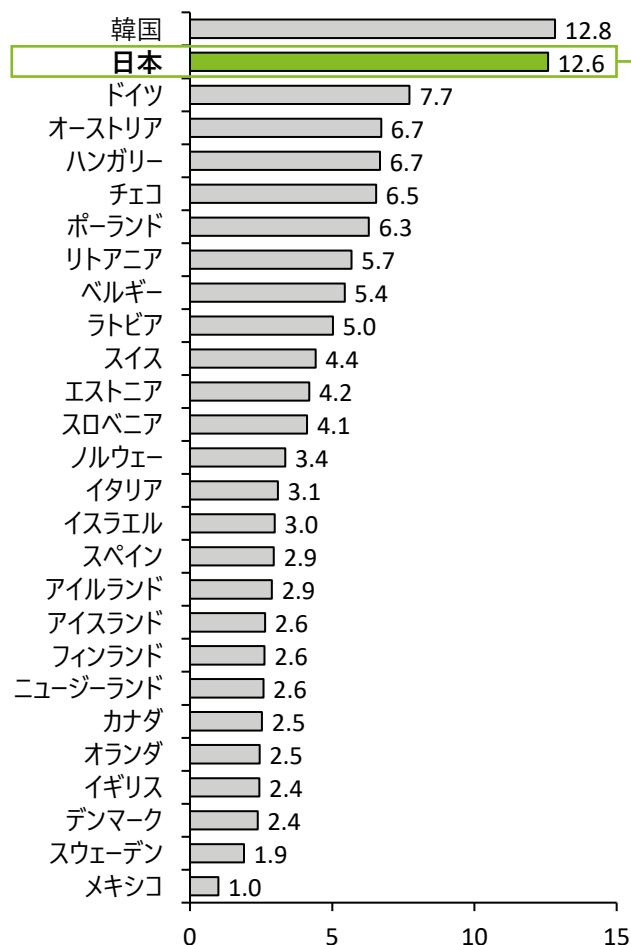
図表C-7 人口千人当たり病床数（2022年）



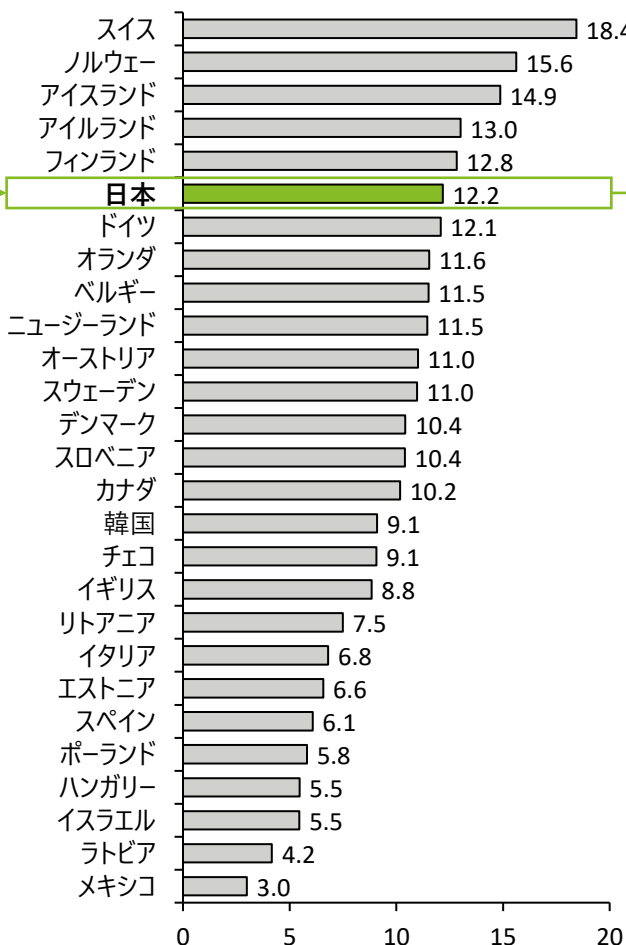
## 人口当たり 医師数・看護師数（国別）

OECD加盟国と比較し日本では、人口当たりの病床数は韓国に次いで多い一方で、人口当たり医師数が特に少ない医療提供体制が構築されている

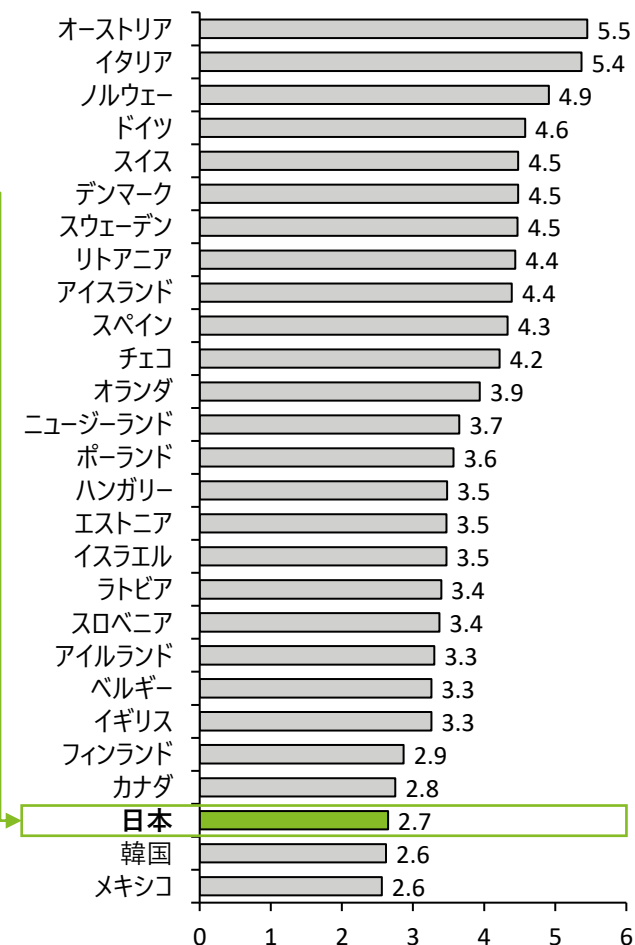
図表C-8 人口千人当たり病床数(2022年)



図表C-9 人口千人当たり看護師数(2022年)



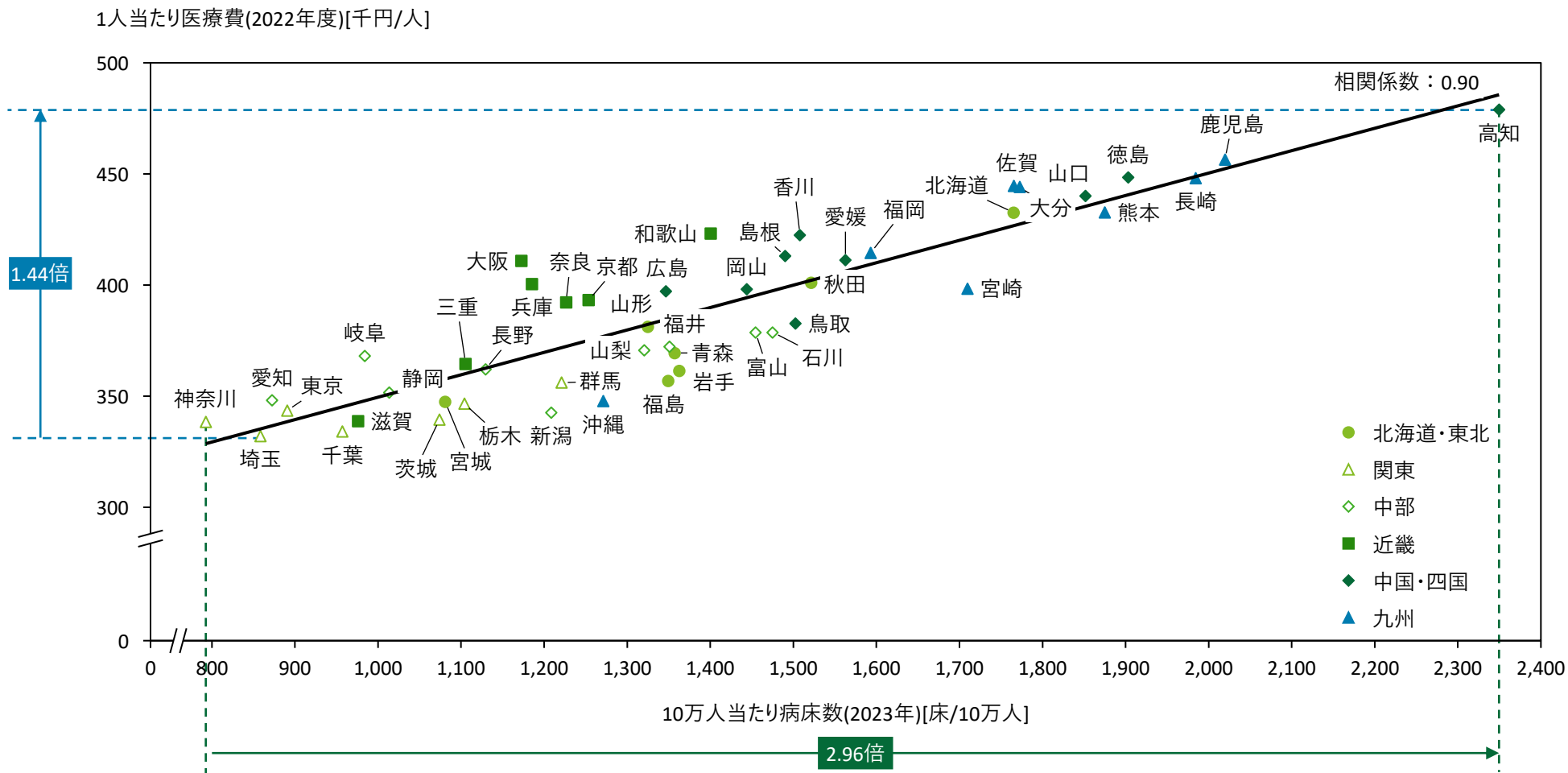
図表C-10 人口千人当たり医師数(2022年)



# 人口当たり病床数・医療費（都道府県別）

人口当たり病床数と医療費は相関係数0.90の強い相関関係にあり、病床数最多の高知と最少の神奈川では約3倍、医療費最大の高知と最少の埼玉で約1.4倍もの差がある

図表C-11 都道府県別 人口10万人当たり病床数と1人当たり医療費

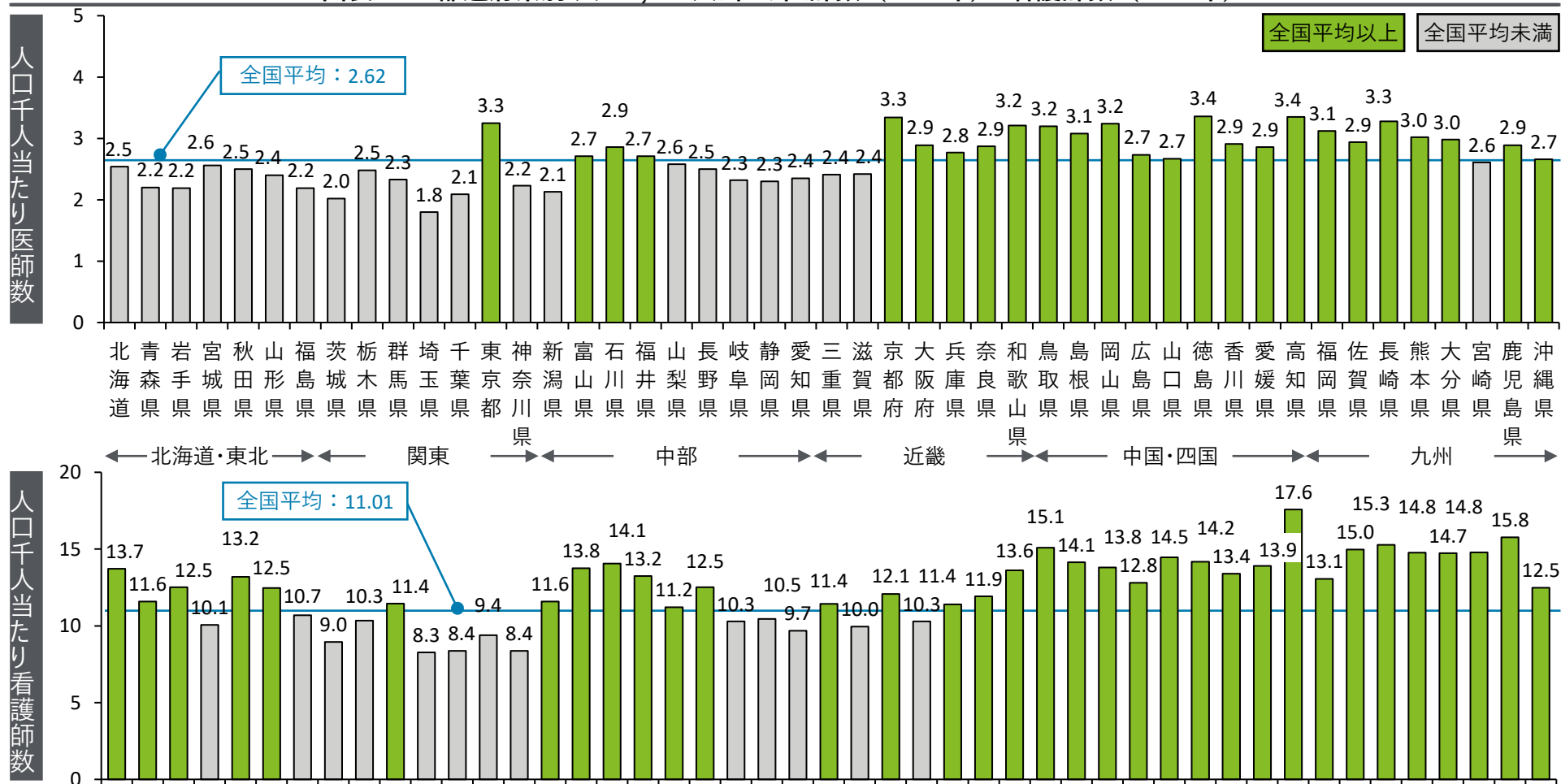


出所：厚生労働省「令和5年医療施設調査」、「令和4年度国民医療費」、総務省「令和5年人口推計」

# 人口当たり 医師数・看護師数（都道府県別）

人口当たりの医師数・看護師数はいずれも近畿や中国・四国、九州地方で多い傾向にある。特に医師数は徳島県、看護師数は高知県で最多であり、いずれも埼玉県で最少である

図表C-12 都道府県別 人口1,000人当たり医師数（2022年）・看護師数（2024年）

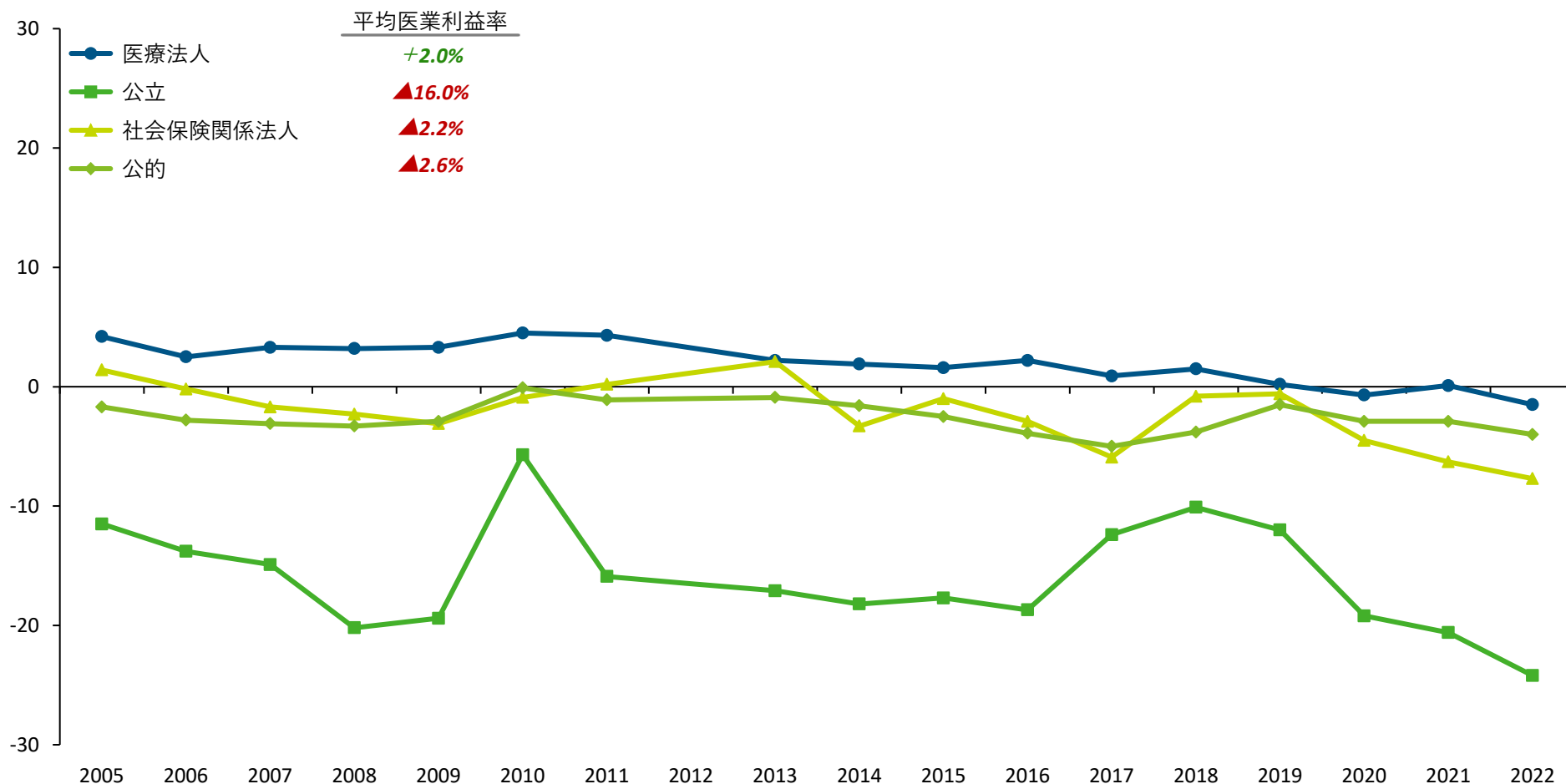


出所：厚生労働省「令和4年医師・歯科医師・薬剤師統計」、「令和6年度衛生行政報告例」

## 開設主体別 医療機関の経営状況（1/2）

開設主体別に経年で医業利益率を比較すると、医療法人が最も高く推移し、次いで公的・社会保険関係法人は▲2.0%程度を推移し、公立が最も低く2005年から平均的に赤字傾向にある

図表C-13 開設主体別\*1 医業利益率\*2の推移（2005-2022年）



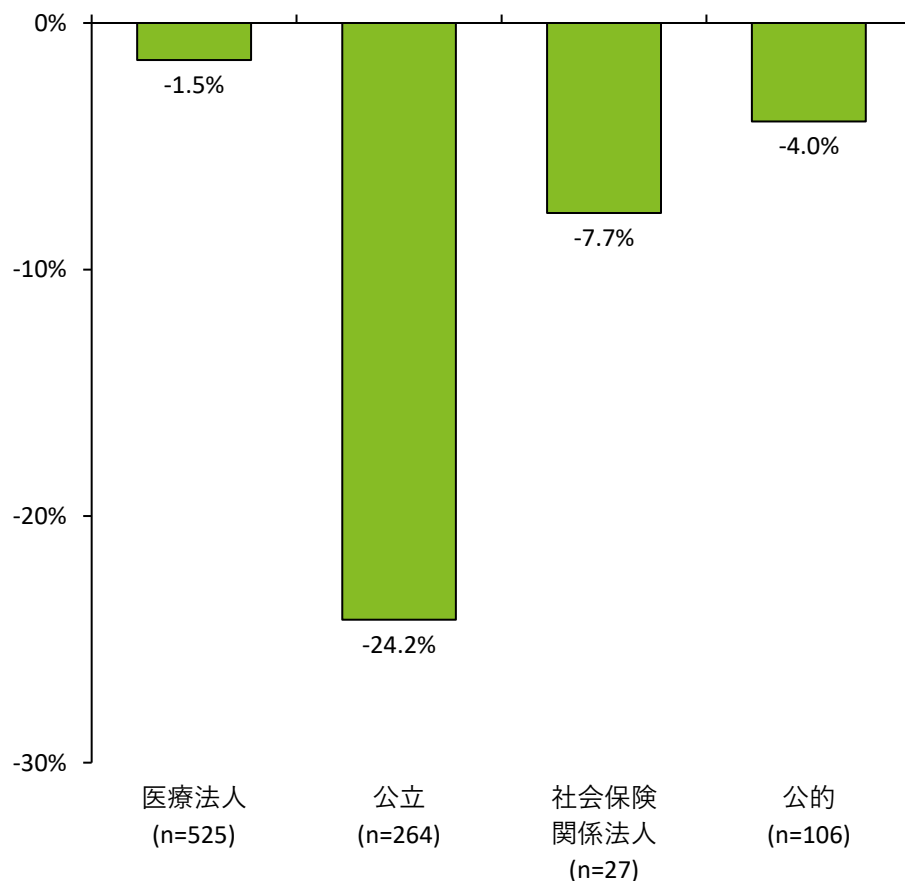
\*1：出所元の統計データの都合上、社会保険関係法人にJCHOが含まれる \*2：出所元の統計上の一般病院・療養型病院・ケアミックス病院の加重平均値

出所：厚生労働省「令和4年度病院経営管理指標」

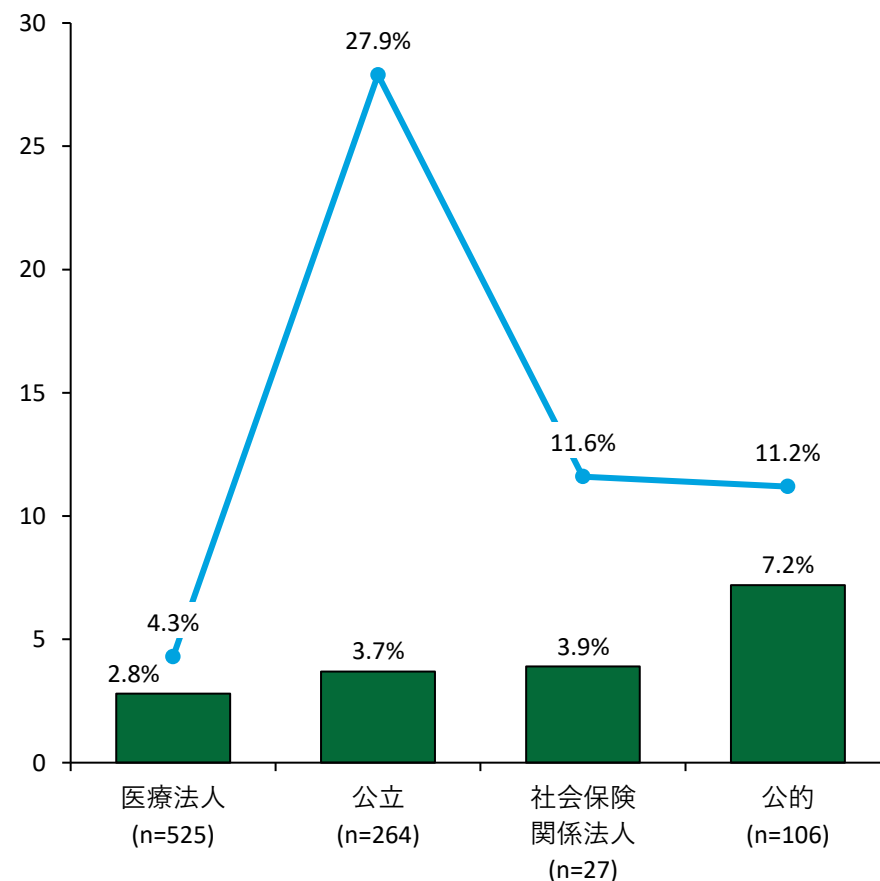
## 開設主体別 医療機関の経営状況 (2/2)

平均的に医業利益率は公立病院で最も低く、医療法人病院で最も高い一方で、経常利益率はどちらも約3-4%であり、これらの利益の差分は繰入金・補助金等の財政措置によるものと想定される

図表C-14  
開設主体別\*1 平均医業利益率\*2(2022年度)



図表C-15  
開設主体別\*1 平均経常利益率\*2と医業利益率との差分\*3 (2022年度)



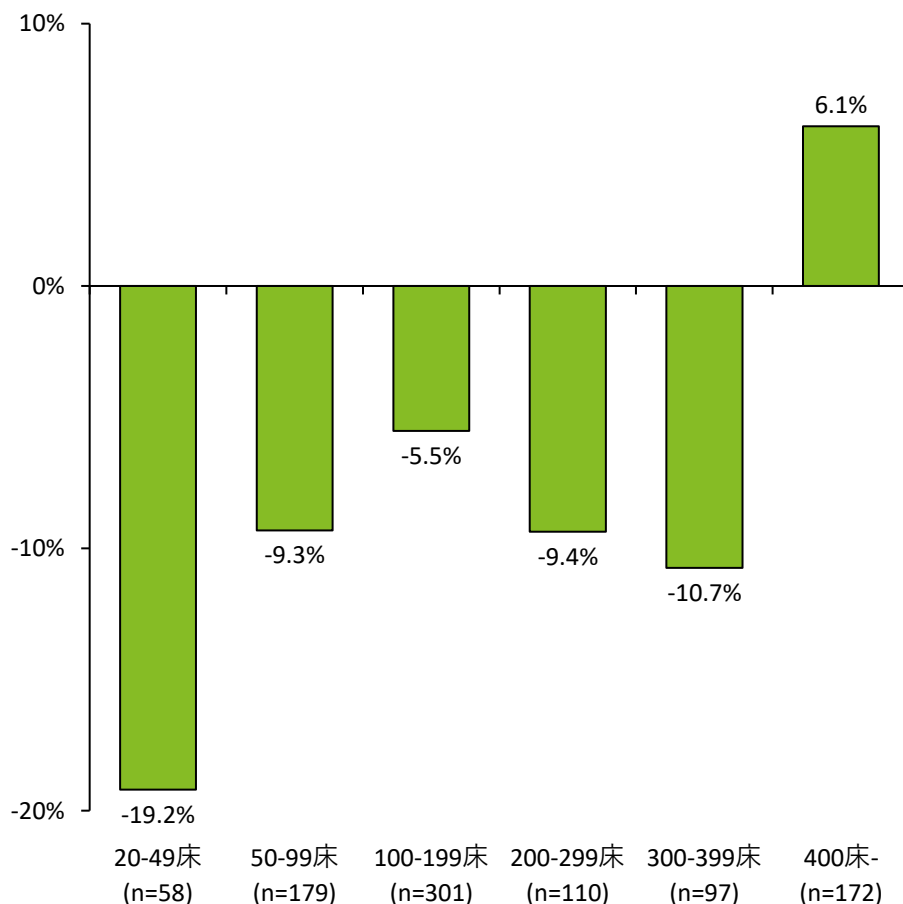
\*1：出所元の統計データの都合上社会保険関係法人にJCHOが含まれる \*2：出所元の統計上の一般病院・療養型病院・ケアミックス病院の加重平均値

\*3：平均経常利益率から平均医業利益率を減算して差分を算出した 出所：厚生労働省「令和4年度病院経営管理指標」

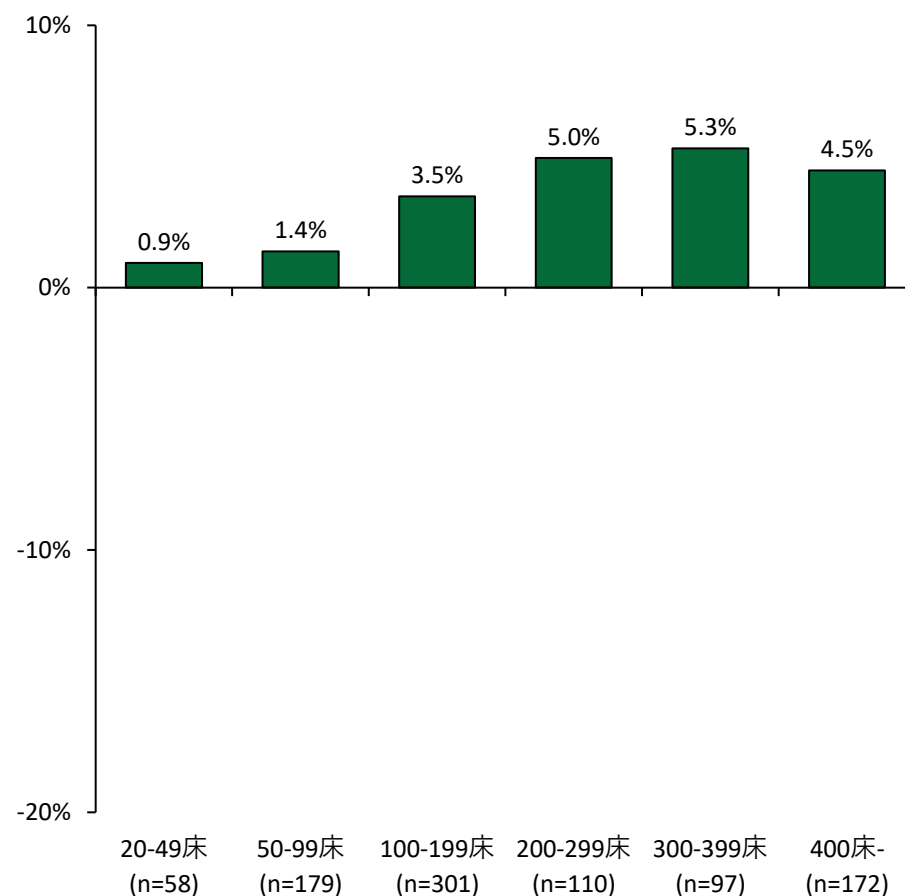
## 病床規模別 医療機関の経営状況

20-49床の比較的小規模な病院において医業利益率や経常利益率が最も低く、設備等の投資の他、固定費の負担が相対的に大きい可能性や収入の拡大余地が少ない可能性が考えられる

図表C-16 病床規模別 平均医業利益率\*1(2022年度)



図表C-17 病床規模別 平均経常利益率\*1 (2022年度)



\*1：出所元の統計上の一般病院・療養型病院・ケアミックス病院の加重平均値  
出所：厚生労働省「令和4年度病院経営管理指標」

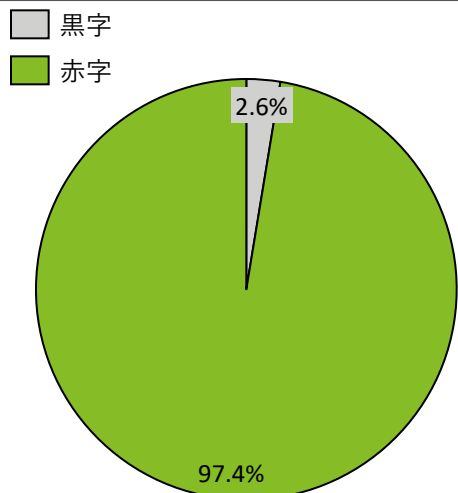
# 公立病院 繰入金の現状

公立・公的病院では約97%が医業損失を計上しており、他産業の公営企業と同様に自治体から繰入金を得ている状況にある

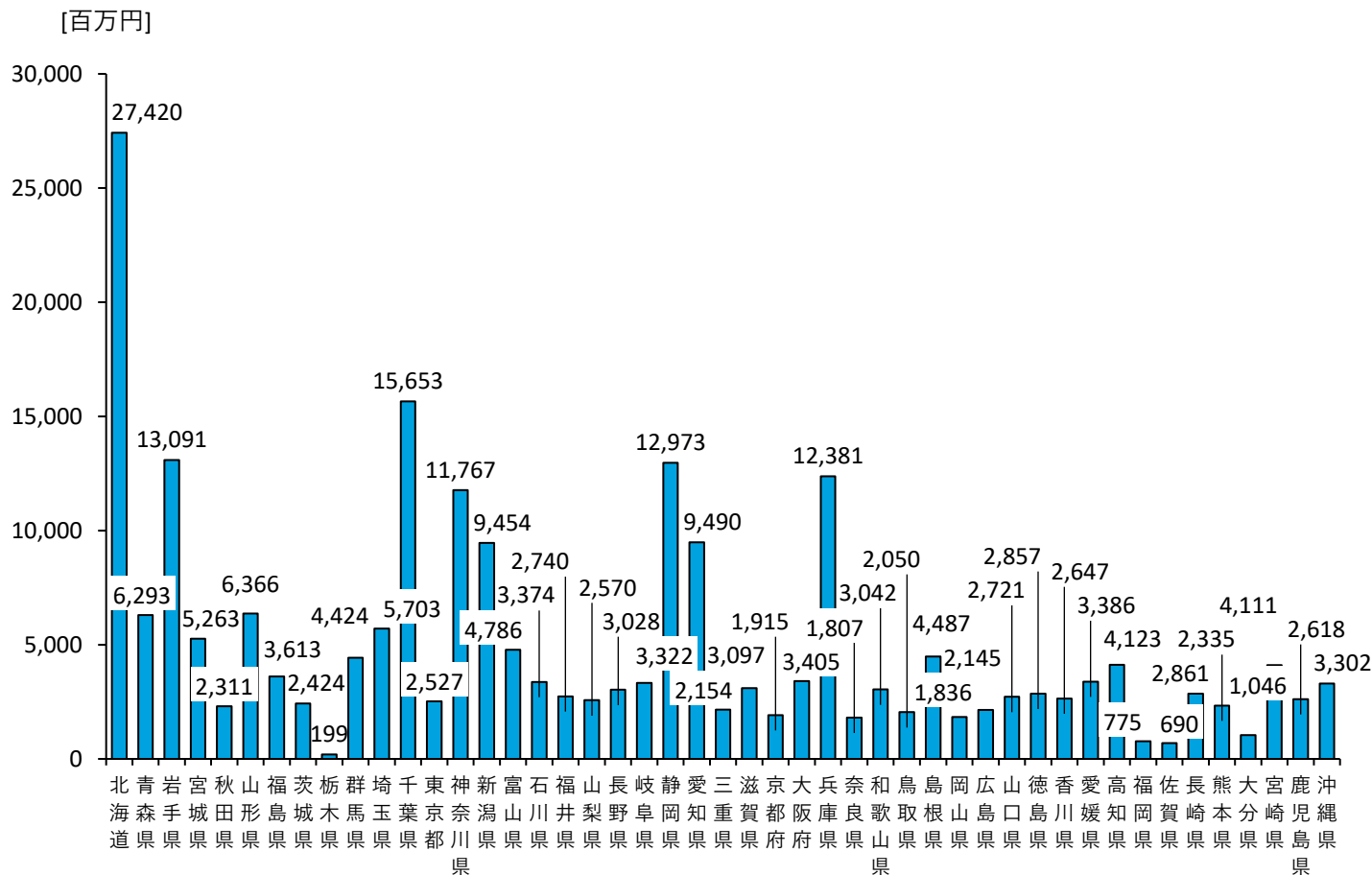
## 繰入金とは

- 独立採算での事業運営が難しい公営企業の経費を補填するため、総務省の通知のもと、自治体から繰り出されるもの
- 繰り出しの基準は「経営収入をもって充てることができないと認められるものに相当する額」と通知される
- 経費には病院の建設改良、へき地医療の確保、不採算地区病院の運営、リハビリテーション・周産期・小児・救急・高度医療、経営基盤の強化等が含まれる

図表C-18 公立・公的病院の赤字\*1比率(2023年度)



図表C-19 都道府県別 繰入金\*2(2023年度)



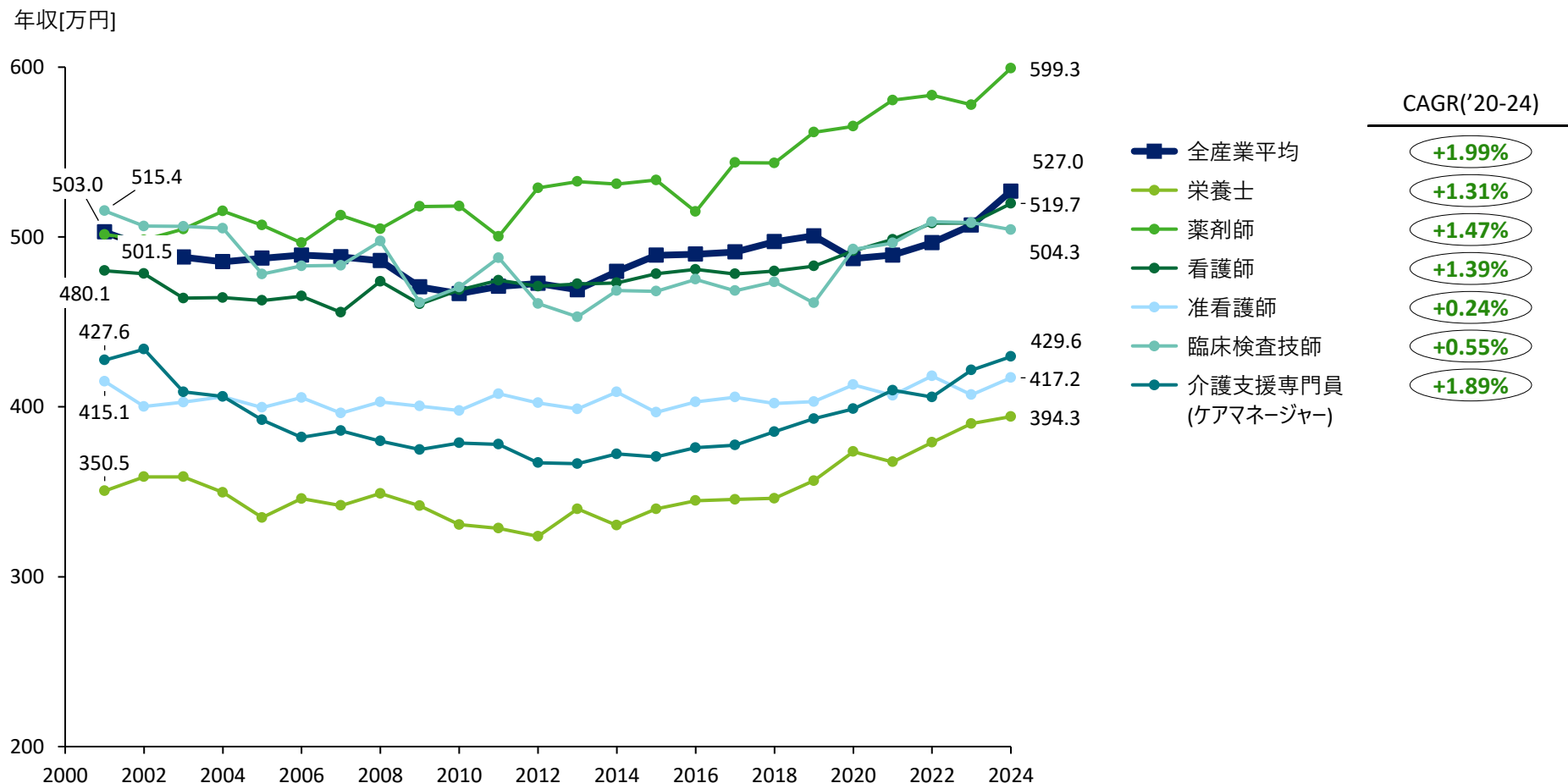
\*1：財務情報を取得可能な一般病院のうち、医業収益から医業費用を減算した医業利益が負である病院の割合  
出所：総務省「令和5年度地方公営企業年鑑」、「令和7年度の地方公営企業繰入金について（通知）」

\*2：財務情報を取得可能な一般病院における医業外収益の「その他会計負担金」の額を集計した

# 医療従事者の賃金

2020年以降の医療従事者の賃金上昇は全産業平均と比較して緩やかであり、特に准看護師・介護支援専門員・栄養士は2000年初頭から一貫して全産業平均を下回る賃金水準に留まっている

図表C-20 医療関係職種の職種別賃金推移（2001-2024年）

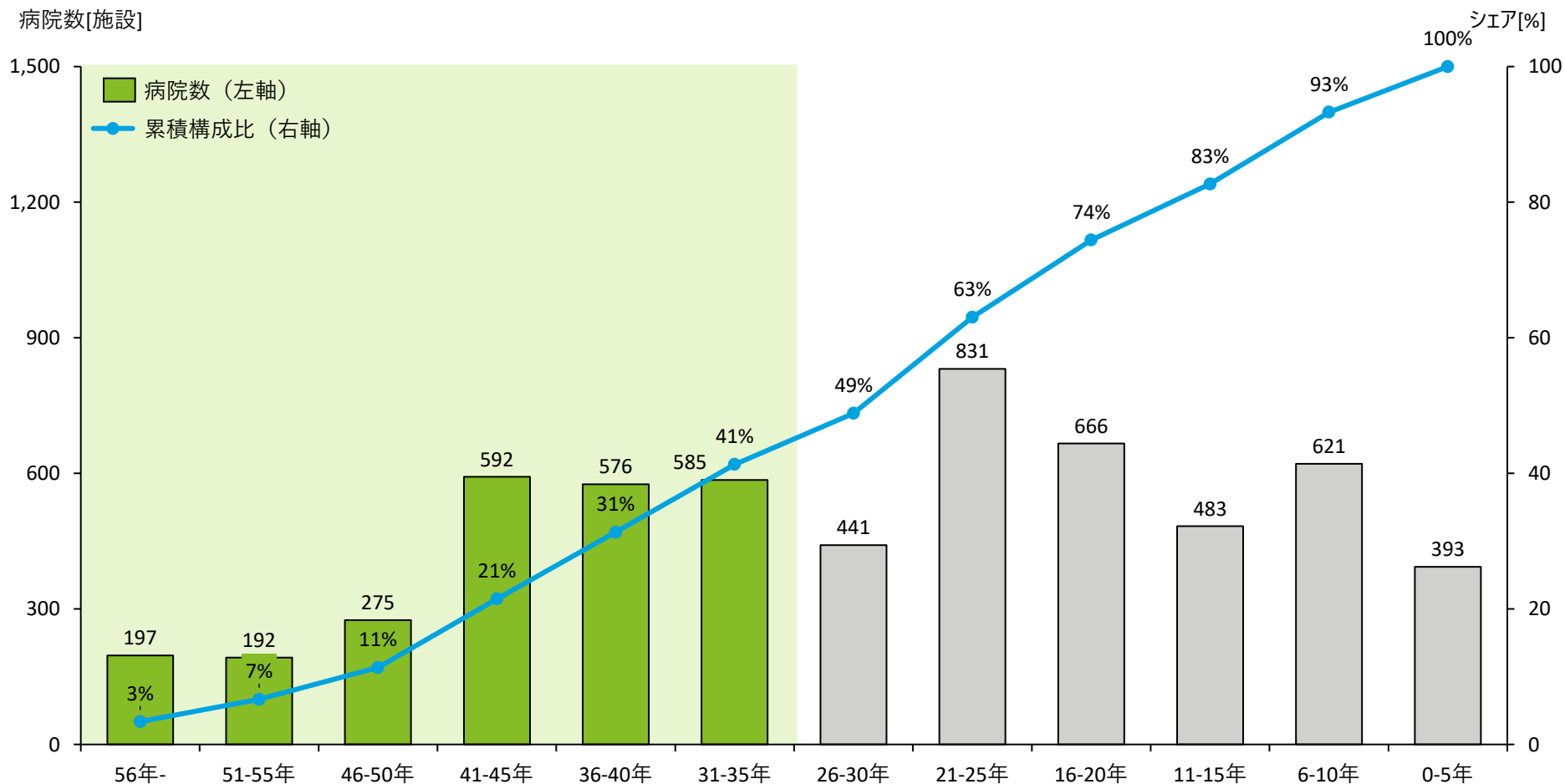


\*1：年収は「きまって支給する現金給与額」に12を乗じた額と、「年間賞與其他特別給与額」を合算することで算出  
出所：厚生労働省「賃金構造基本統計調査」（2001-2024年）

## 医療機関の老朽化状況

一般的に建て替え時期の目安とされる築年数が30年を越す病棟を持つ病院は、2023年時点で全体の41%を占めており、病院の資金難に建設費の高騰も重なり、施設の老朽化が進んでいる

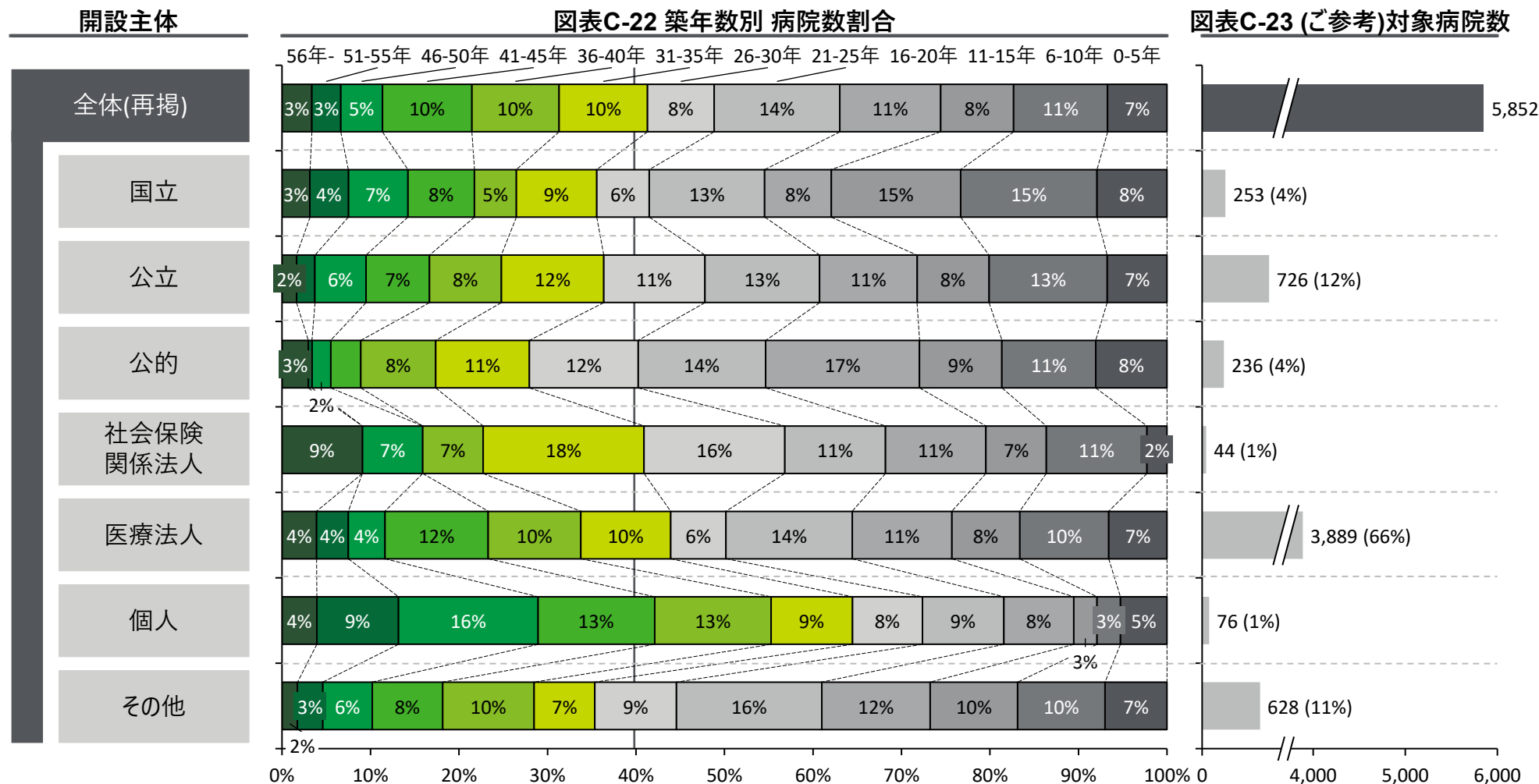
図表C-21 築年数別 病院数（2023年）\*1



\*1：病床機能報告で報告された各病院の保有する病棟の建設時期から2023年までの経過年数から築年数を算出した。なお複数病棟を持つ病院は、各病棟の建設時期のうち最も古いものを使用している  
出所：厚生労働省「令和5年度病床機能報告」

# 医療機関の老朽化状況（開設者別）

病院の再編は病棟の建て替えがきっかけとなるケースが散見され、特に民間病院（全体の66%）では築年数が30年を越す割合が40%を超えている

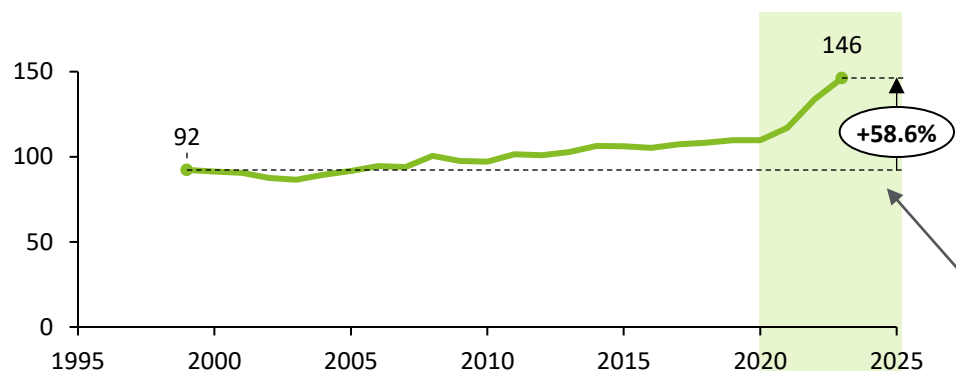


\*1：病床機能報告で報告された各病院の保有する病棟の建設時期を参照して算出した。なお複数病棟を持つ病院は2023年を基準に、各病棟の建設時期のうち最も古いものを使用している  
 出所：厚生労働省「令和5年度病床機能報告」

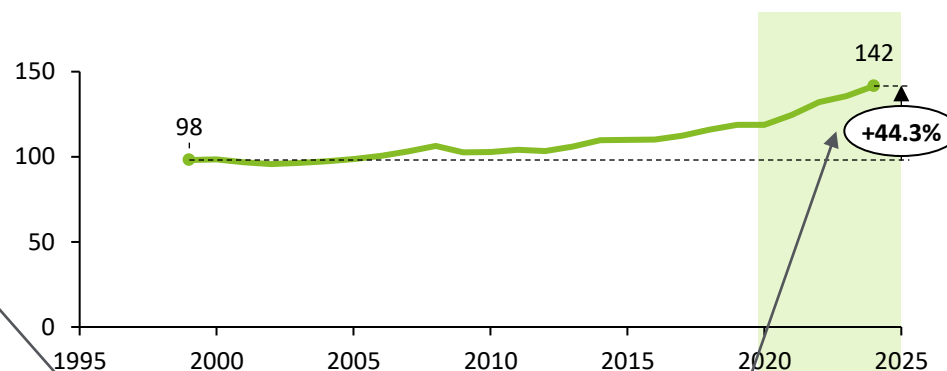
## 建築費の推移

建設費は総じて上昇傾向にあり、病院収益の上昇幅は建築費に追いつかず、病棟の建て替え・新築を実現できない医療機関が一定存在すると考えられる

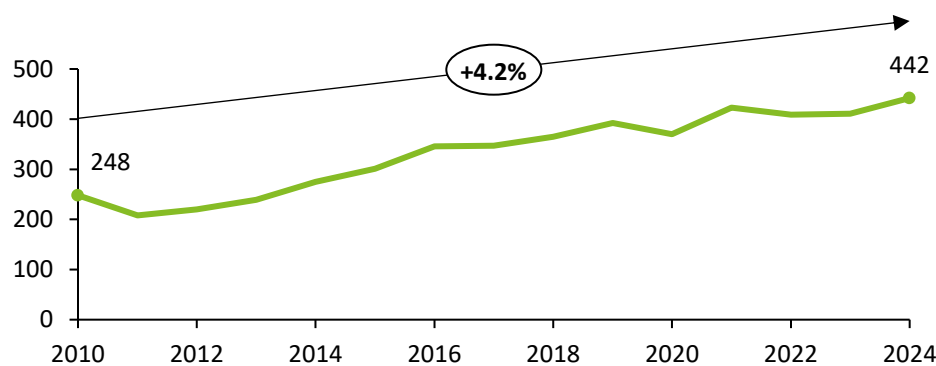
図表C-24 1995年基準 東京都における建築資材物価指数\*1(建築総合)



図表C-26 1995年基準 建設工事費指数\*2(建築総合)



図表C-25 病院建設費平米単価推移[千円]



2020年以降指数がともに上昇している理由としてロシアやウクライナでの紛争による原材料・原油等の価格高騰やコロナ以降の円安進行、人手不足等の要因が影響していることが考えられる

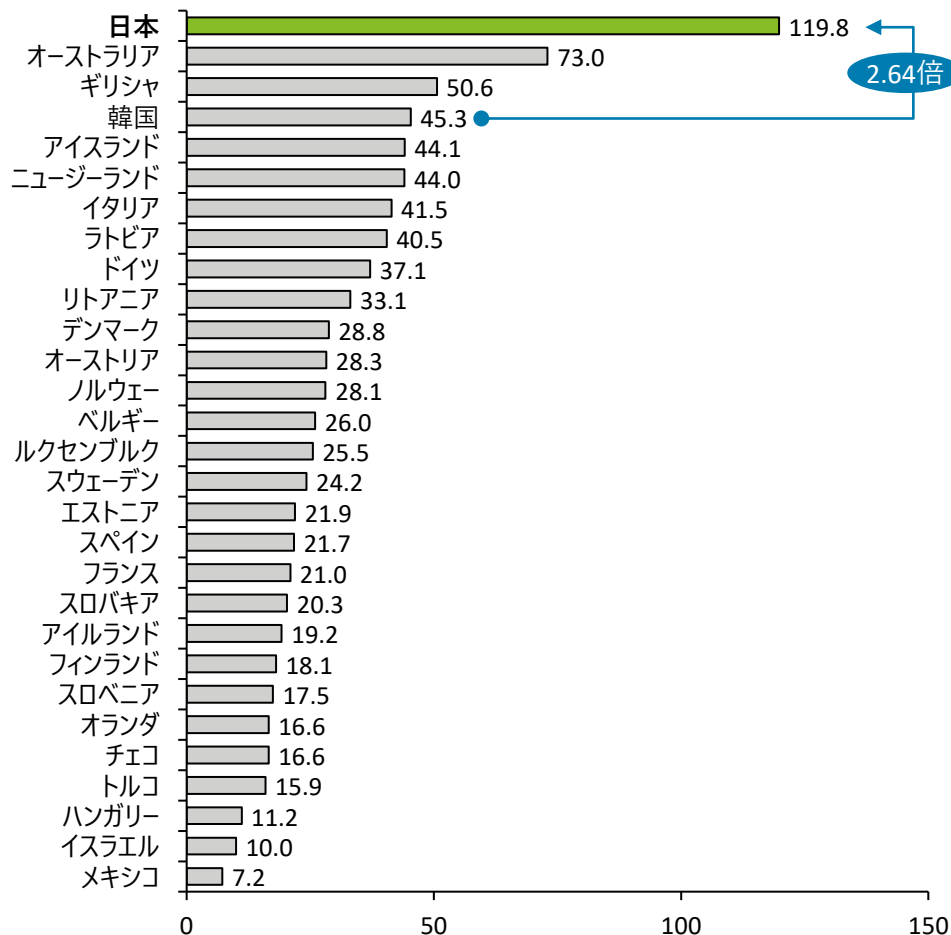
\*1：1995-2015年基準のデータを基に1995年基準の推移を算出 \*2：2000-2015年基準のデータを基に1995年基準の推移を算出

出所：建設物価調査会「建設資材物価指数」（1999-2024年）、国土交通省「建設工事費デフレーター時系列（年度別）」、WAM「福祉・医療施設の建設費について」（2021, 2024年）

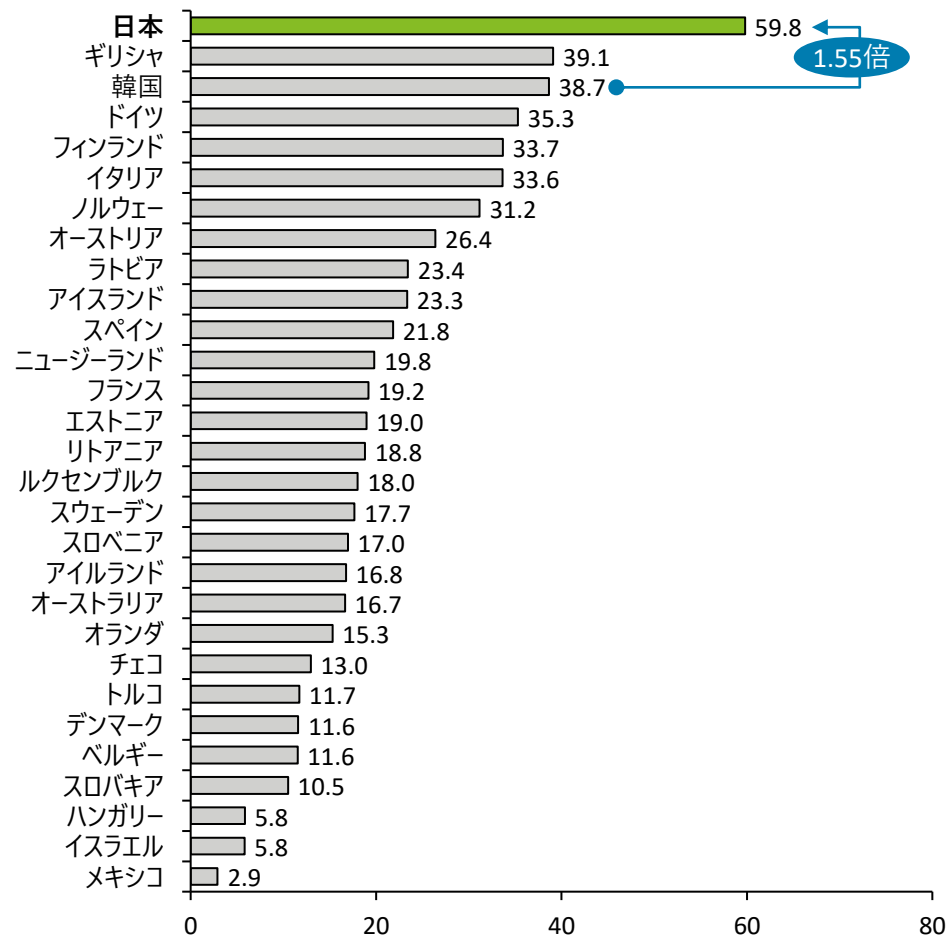
## 人口当たりCT数・MRI数

日本は人口当たり病床数が概ね日本と同程度の韓国と比較し、CT数は2.6倍、MRI数は1.6倍の機器を保有しており、二重投資などにより効率的な投資を行えていない部分が存在すると考えられる

図表C-27 人口100万人当たりCT数（2023年）



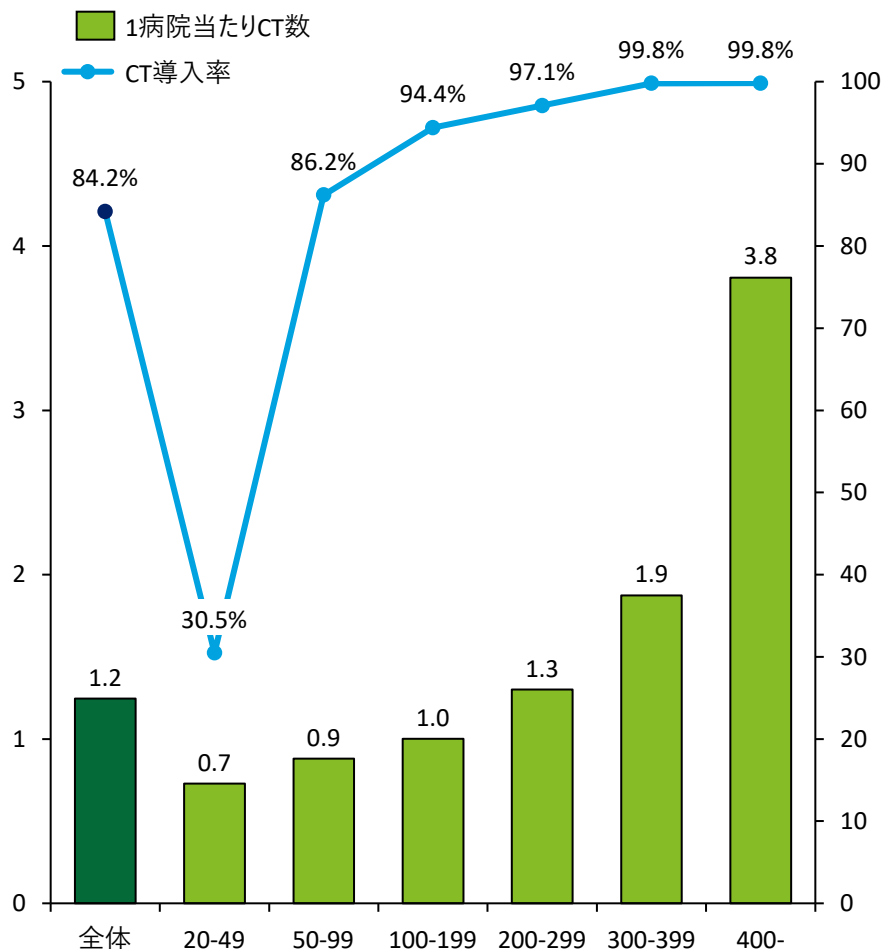
図表C-28 人口100万人当たりMRI数（2023年）



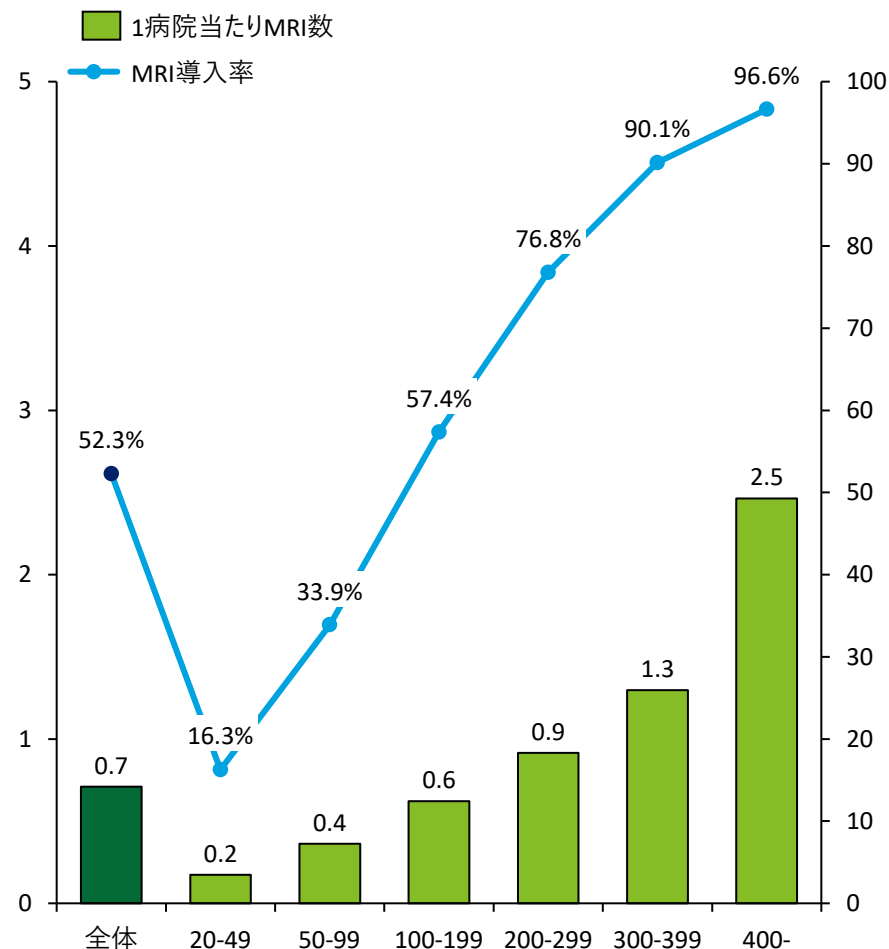
# 病床規模別 CT数・MRI数

病床規模の大きな病院ほどCT・MRIともに1病院当たりの導入数多く、導入率が高くなる傾向にある

図表C-29 1病院当たりCT数・CTの導入率\*1



図表C-30 1病院当たりMRI数・MRIの導入率\*1

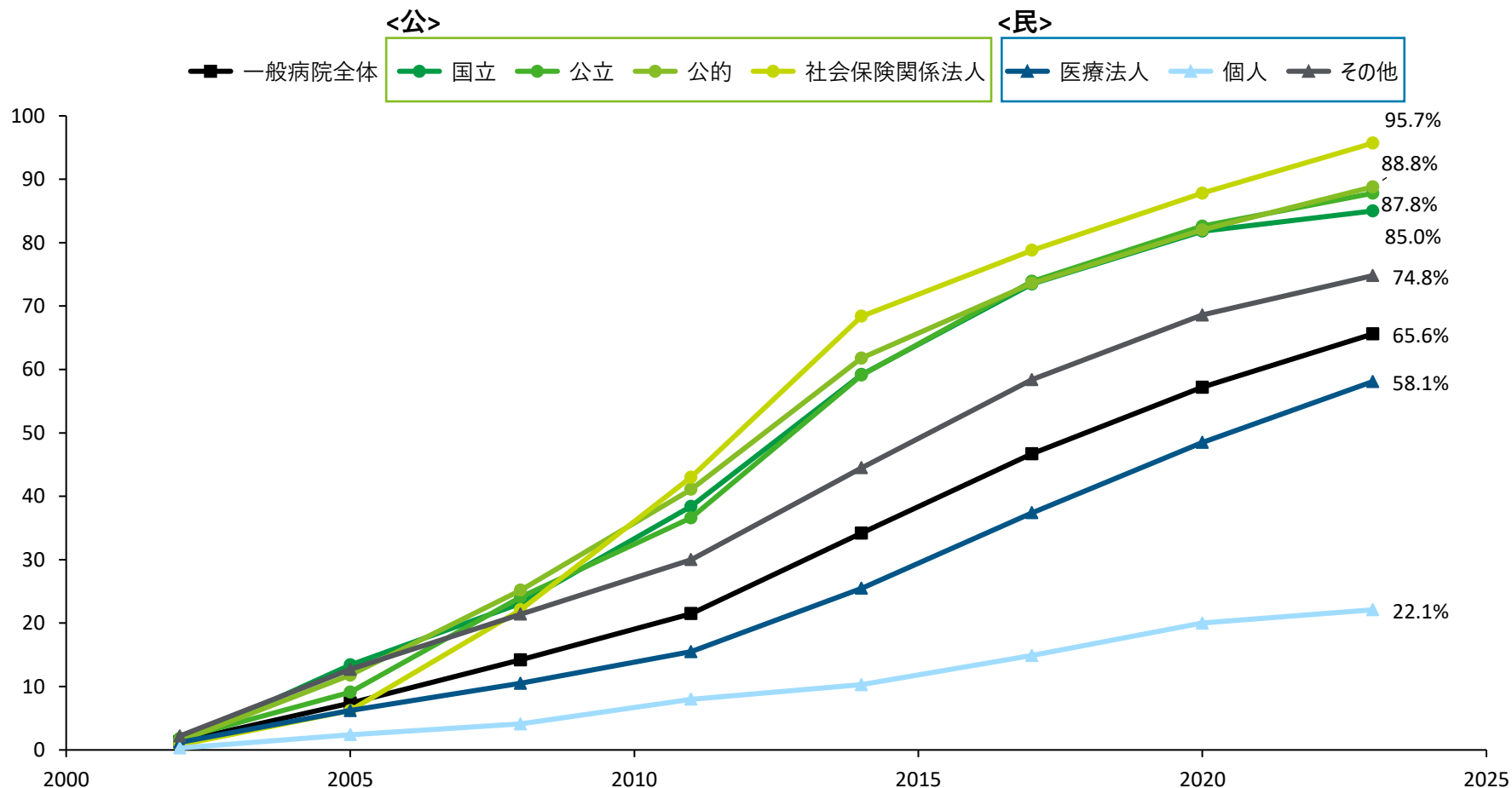


\*1：導入率は、各機器の導入状況や病床規模を公開している病院全体に占める、各機器を導入している病院数の割合  
出所：厚生労働省「令和5年度病床機能報告」

## 電子カルテの導入率推移（開設主体別）

開設主体別の電子カルテ導入率推移を分析すると、医療法人や個人病院等の民間病院は社会保険関係法人、国立、公立および公的病院よりも電子カルテの導入率が低い傾向にある

図表C-31 開設主体別の電子カルテシステム導入率の推移（2002-2023年）



\*1：一般病院とは、病院のうち、精神科病床のみを有する病院及び結核病床のみを有する病院を除いたものをいう、\*2：2011年は、宮城県の上巻医療圏、気仙沼医療圏及び福島県の全域を除いた数値である  
出所：厚生労働省「医療施設調査」（2002-2023年）

## **D. 医療介護提供体制上の課題**

## 医療提供体制上の課題 (仮説)

医療産業の自律的な発展には、産業構造や制度に伴うサービス内容・価格設定構造、またそれらによる産業全体のパフォーマンスのそれぞれが連関した課題の解決が必要になる

### Structure (構造)

#### ■ 産業が形作られた背景

- 戦後の需要拡大期における民間主導・急性期中心の医療提供体制整備
- 国民皆保険・フリーアクセス
- 臨床教育中心であり、医療機関経営や一般的なマネジメント教育の相対的未浸透
- 医療業界特有の社会性・非営利性

#### ■ 産業構造の特徴

- 特に都市部において多くの小規模事業者が存在し、集中度は高い
- 総量規制により市場に参入する障壁はあるが、医療需要に応じた病床機能転換・連携は十分に進んでいない
- 提供者と利用者間に情報の非対称性がある

### Conduct (遂行)

#### ■ 価格設定の特徴

- 診療報酬制度により価格が固定化される
- 自由診療領域のみ価格競争が存在しうる

#### ■ サービス差別化の現状

- 診療報酬制度によって標準的医療が規定され、事業者間での治療内容の差別化が行われにくい
- サービスの質や付加価値を高める非価格競争が行われるが、コスト高になりやすい

#### ■ DX化・イノベーション

- 臨床領域では導入が進んでいないものも存在する

#### ■ 提携・統合戦略

- 「病院完結型」から「地域包括ケアシステム」へのシフトが求められ、病診・病病連携が不可欠

### Performance (業績)

#### ■ 収益性

- 公立・社会関係法人・公的・医療法人の順に収益率は低い（2022年度）
- 利益水準が低く、老朽化した医療機関が多数存在する中、高騰した建築費に対応できないケースや他産業に追随した賃上げができないケースが存在する

#### ■ 効率性

- 小規模事業者による分散構造により、建物や高額医療機器、電子カルテ等のシステムへの多重投資が発生しやすい
- 中長期的な人口構造や地域における医療ニーズの質・量を見据えた良質かつ適切な医療を効率できる体制が確保されていない

#### ■ サービス品質

- 症例が分散することで経験効果の発揮が難しい

**E. 打ち手の方向性**

**F. 将来の医療産業のあるべき姿**

# 将来の医療産業のあるべき姿の全体像 (仮説)

医療産業の変革により、周辺産業におけるイノベーション・効率化とともに投資の呼び込みが促進され、医療及び周辺を含む産業全体としての持続性が高まり、経済成長の牽引役となる

## 医療産業と主要な医療周辺産業との相互成長

### 経営改善による持続性向上

- 再編・統合による提供体制の効率化
- バックオフィスの集約化、システム標準化
- DXの推進等

#### 期待効果

- バックオフィスの集約と標準化により、周辺産業側も標準プロセスでの供給効率が向上
- 周辺産業においても長期・大口契約を背景とした生産・販売の標準化、サプライチェーン効率化による品目削減や在庫削減
- 単院PoCから広域・多施設展開への移行で、周辺産業も大口顧客となった先とのコ・デベロップメントが取り組みやすくなる
- 顧客規模拡大による大口需要/標準仕様化により、他産業からの参入意欲が増し、競争とイノベーションが促進される

#### 周辺の産業別方向性 (例)

製薬・医療機器産業	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 治療アウトカムへの評価が高まり、治療成果を最大化するためのデータやサポート等診断技術への投資が促進</li> <li>• 研究開発は単なる新薬探索から、製品/サービスを融合させた高付加価値ソリューション開発へと再定義される</li> </ul>
サプライチェーン・ロジスティクス	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 自動倉庫システム、RFIDやIoTセンサーを活用したトレーサビリティ管理システム等による資本・技術集約型への転換</li> </ul>
非臨床サービス (臨床検査・給食等)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 集約化された医療機関のニーズに対応するラボ等施設のセントラル化が進み、サービスの高度化・自動化が実現</li> </ul>
医療システム・IT産業	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 経営・臨床データの一元管理や統計分析の利用促進・AI活用による高度な管理・予測プラットフォーム需要集約化された医療機関のデータ統合のための標準化されたSaaS/クラウド型ソリューションニーズによるR&amp;D活発化</li> </ul>

機関投資家等  
(業界魅力度向上による投資呼び込み)

## 医療産業における自律した成長の実現

## 経済成長への好影響

医療提供体制の持続性確保

社会保障負担の抑制

経済成長を牽引する産業への発展

GDPの向上

デロイト トーマツグループは、日本におけるデロイト アジア パシフィック リミテッドおよびデロイト ネットワークのメンバーである合同会社デロイト トーマツグループならびにそのグループ法人（有限責任監査法人トーマツ、合同会社デロイト トーマツ、デロイト トーマツ 税理士 法人およびDT 弁護士 法人を含む）の総称です。デロイト トーマツグループは、日本で最大級のプロフェッショナルグループのひとつであり、各法人がそれぞれの適用法令に従いプロフェッショナルサービスを提供しています。また、国内30都市以上に2万人超の専門家を擁し、多国籍企業や主要な日本企業をクライアントとしています。詳細はデロイト トーマツグループWebサイト、[www.deloitte.com/jp](http://www.deloitte.com/jp)をご覧ください。

Deloitte（デロイト）とは、Deloitte Touche Tohmatsu Limited（“Deloitte Global”）、そのグローバルネットワーク組織を構成するメンバーファームおよびそれらの関係法人（総称して“デロイト ネットワーク”）のひとつまたは複数を指します。Deloitte Globalならびに各メンバーファームおよび関係法人はそれぞれ法的に独立した別個の組織体であり、第三者に関して相互に義務を課しまたは拘束させることはありません。Deloitte Globalおよびその各メンバーファームならびに関係法人は、自らの作為および不作為についてのみ責任を負い、互いに他のファームまたは関係法人の作為および不作為について責任を負うものではありません。Deloitte Globalはクライアントへのサービス提供を行いません。詳細は[www.deloitte.com/jp/about](http://www.deloitte.com/jp/about)をご覧ください。

デロイト アジア パシフィック リミテッドは保証有限責任会社であり、Deloitte Globalのメンバーファームです。デロイト アジア パシフィック リミテッドのメンバーおよびそれらの関係法人は、それぞれ法的に独立した別個の組織体であり、アジア パシフィックにおける100を超える都市（オークランド、バンコク、北京、ベンガルール、ハノイ、香港、ジャカルタ、クアラルンプール、マニラ、メルボルン、ムンバイ、ニューデリー、大阪、ソウル、上海、シンガポール、シドニー、台北、東京を含む）にてサービスを提供しています。

Deloitte（デロイト）は、最先端のプロフェッショナルサービスを、Fortune Global 500®の約9割の企業や多数のプライベート（非公開）企業を含むクライアントに提供しています。デロイトは、資本市場に対する社会的な信頼を高め、クライアントの変革と繁栄を促進することで、計測可能で継続性のある成果をもたらすプロフェッショナルの集団です。デロイトは、創設以来180年の歴史を有し、150を超える国・地域にわたって活動を展開しています。“Making an impact that matters”をパーパス（存在理由）として標榜するデロイトの約46万人の人材の活動の詳細については、[www.deloitte.com](http://www.deloitte.com)をご覧ください。

本資料は皆様への情報提供として一般的な情報を掲載するのみであり、Deloitte Touche Tohmatsu Limited（“Deloitte Global”）、そのグローバルネットワーク組織を構成するメンバーファームおよびそれらの関係法人（総称して“デロイト ネットワーク”）が本資料をもって専門的な助言やサービスを提供するものではありません。皆様の財務または事業に影響を与えるような意思決定または行動をされる前に、適切な専門家にご相談ください。本資料における情報の正確性や完全性に関して、いかなる表明、保証または確約（明示・黙示を問いません）をするものではありません。またDeloitte Global、そのメンバーファーム、関係法人、社員・職員または代理人のいずれも、本資料に依拠した人に関係して直接または間接に発生したいかなる損失および損害に対しても責任を負いません。Deloitte Globalならびに各メンバーファームおよび関係法人はそれぞれ法的に独立した別個の組織体です。



IS 669126 / ISO 27001



BCMS 764479 / ISO 22301

IS/BCMSそれぞれの認証範囲はこちらをご覧ください  
<https://www.bsigroup.com/clientDirectory>

