

# 社会保障国民会議における検討に資するために行う 医療・介護費用のシミュレーション

(解説資料)  
サービス提供体制改革の考え方

# 目次

◆基本的考え方と改革の方向性等	2
●「シミュレーションの前提」における サービス提供体制改革の基本的考え方	3
●具体的改革の方向	4
●医療・介護サービスの需要と供給（一日当たり利用者数等）のシミュレーション	7
◆シミュレーションの手順と詳細	15
●シミュレーションの具体的な手順	16
●医療・介護サービスの需要と供給のシミュレーションの詳細	18
●具体的なシミュレーション ～ 改革のストーリー ～	20
●（参考）認知症高齢者ケアの全体像イメージ（認知症自立度Ⅱ以上）	25
●医療・介護サービスの単価に関するシミュレーションの詳細	26

# 基本的考え方と改革の方向性等

## 「シミュレーションの前提」におけるサービス提供体制改革の基本的考え方

- 平成37(2025)年において、国民の医療・介護ニーズを保障するために必要な医療・介護サービスを確保する(サービス総量の確保)。
- 社会保障国民会議中間報告で指摘されている、現在の医療・介護サービス提供体制の問題点を克服し、国民の求める医療・介護サービスを、質・量両面で最も効率的かつ効果的に提供できる体制を実現する。(効率的・効果的サービス提供の実現)
- 病気や介護が必要になっても、適切なサービスを利用して、個人の自立とQOLの追求が可能になるよう、医療・介護を通じて、個々人の心身状態に最もふさわしいサービスが切れ目なく提供できるような医療・介護サービス提供体制の一体的改革を行う。(サービスの質の確保、利用者の個別性の尊重)
- 施設か在宅かの二者択一ではなく、介護施設の生活環境の改善(個室、ユニット化)や小規模化と在宅医療・介護サービスの多様化と拡充、ケア付き住宅など居住系サービスの拡充により、利用者の希望と選択により、重度であっても、地域のなかでの暮らしを継続できるように必要なサービスを提供する。(個人の選択・生活の継続性の保障)
- 欧米先進諸国の実情も参考にし、国際的にみても遜色ないレベルの医療・介護を目指す。

《参考》社会保障国民会議中間報告で指摘されているサービス提供体制の構造改革

- ・ 病院機能の効率化と高度化
- ・ 地域における医療機関のネットワーク化
- ・ 地域における医療・介護・福祉の一体的提供(地域包括ケア)の実現
- ・ 医療・介護を通じた専門職種間の機能・役割分担の見直しと協働体制の構築

## 具体的改革の方向

### (総論)

- 医療・介護を通じたサービス提供体制の一体的な改革を行うことを基本に、改革度合いが緩やかなシナリオ(B1シナリオ)から、最も改革が進んだシナリオ(B3シナリオ)まで、複数の改革シナリオを見込む。

### (急性期医療)

- 急性期入院医療について、早期の社会生活復帰を可能とするよう、医療の質の向上と効率性の向上により平均在院日数の短縮を図る。
- このため、現在の一般病床を急性期病床と亜急性期・回復期病床等とに機能分化し、急性期病床について人的・物的資源の集中投入による重点化・機能強化を図る。
- 同時に、急性期後の継続的な入院医療が必要な者に対する回復期リハビリテーション、亜急性期医療の機能強化を図るとともに、連携パスの普及、在宅医療の充実強化等により、急性期医療全体での早期退院－社会復帰の実現・在宅での療養継続支援を目指す。
- また、医療の高度化、集中化、機能分化等の医療提供体制の充実により、救急医療体制についても、機能分化にあわせた救急機能の充実強化を図る。

### (慢性期医療)

- 慢性期医療を中心とする長期療養について、重症化・重度化に対応した機能強化を図るとともに、在宅医療の充実強化、施設・在宅を通じた介護サービスの拡充により、できる限り住み慣れた地域での療養生活継続を実現する。

## (介護)

- 介護サービスについては、高齢者の尊厳、個別性の尊重を基本に、できる限り住み慣れた地域での生活の継続を支援することを目指し、高齢化の進行等による要介護高齢者数の増大を踏まえたサービス全体の量的拡充を図るとともに、高齢単身／夫婦のみ世帯の増大、認知症高齢者の増大、重度要介護者の増大、医療・介護双方のサービスを必要とする高齢者の増大など、要介護高齢者の状態像の変化を踏まえたサービスの多様化と機能強化を実現する。
- できる限り住み慣れた地域での生活を継続したいという国民の意向を実現するため、既存の在宅サービスの充実に加えて、24時間対応訪問介護・看護サービスなどを拡充するとともに、グループホームやケア付き住宅などの居住系サービスを諸外国並みの水準まで拡充する。
- また、増大する認知症高齢者に適切な介護サービスを提供するため、小規模多機能サービスやグループホームを拡充し、重度化しても在宅生活の継続を可能にする在宅サービスの整備・機能強化を図る。
- 施設サービスについても、認知症高齢者への対応強化や個々人の暮らしの継続性を尊重する個別性の高いケアを実現する観点から、個室・ユニット化を推進するとともに地域に密着した小規模型施設を重点的に整備する。
- また、全体としての入所者の重度化の進行や終の棲家としての看取り機能、在宅支援(通過施設)機能など、介護施設利用者のニーズを踏まえた施設機能の強化を図る。

### (在宅医療・地域ケア)

- 急性期・慢性期の入院医療からの早期退院・在宅療養や、在宅での緩和ケア・看取りのケアを希望する患者のニーズを満たすことができるよう、地域における病院・診療所の連携を強化するとともに、在宅療養支援診療所、訪問看護など在宅医療サービスの充実強化を図る。
- また、入院医療に関する機能強化・分化にあわせて、病院の外来を専門外来として位置づけるとともに診療所におけるプライマリケア機能や主治医機能の強化、訪問診療等の強化を目指す。
- さらに、多くの要介護者は、医療・介護双方のニーズを持つことから、地域において医療・介護を一体的に提供する地域包括ケアマネジメント体制を整備する。

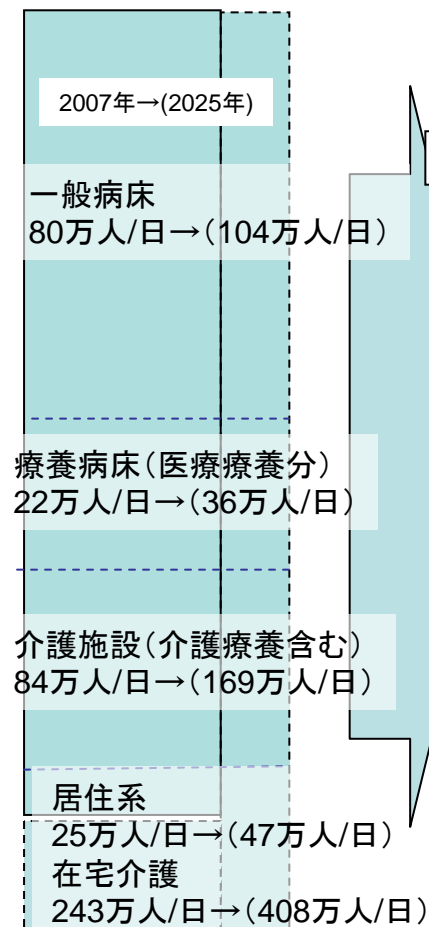
### (専門職種間の機能・役割分担の見直しと医療・介護を通じた協働体制の構築)

- 急性期を中心に医療資源を集中投入し、医師の配置増に加え、専門職種能力の一層の活用と生産性向上の観点から、専門職種間の役割分担の見直しを行い、看護職員等のコメディカル、事務職員等について、医師業務(看護師業務)のうち医師(看護師)でなくても行える業務を移す前提でより大幅な増員を図る。  
これにより、医師や看護職員などが、自らの専門分野に特化した患者本位の医療に注力できるようにする。
- 入院から退院(転院)・地域生活への移行を支援するとともに、地域での暮らしの継続を支援する観点から、地域包括ケアマネジメントなど、医療・介護を通じた協働体制を構築する。

## 総括図

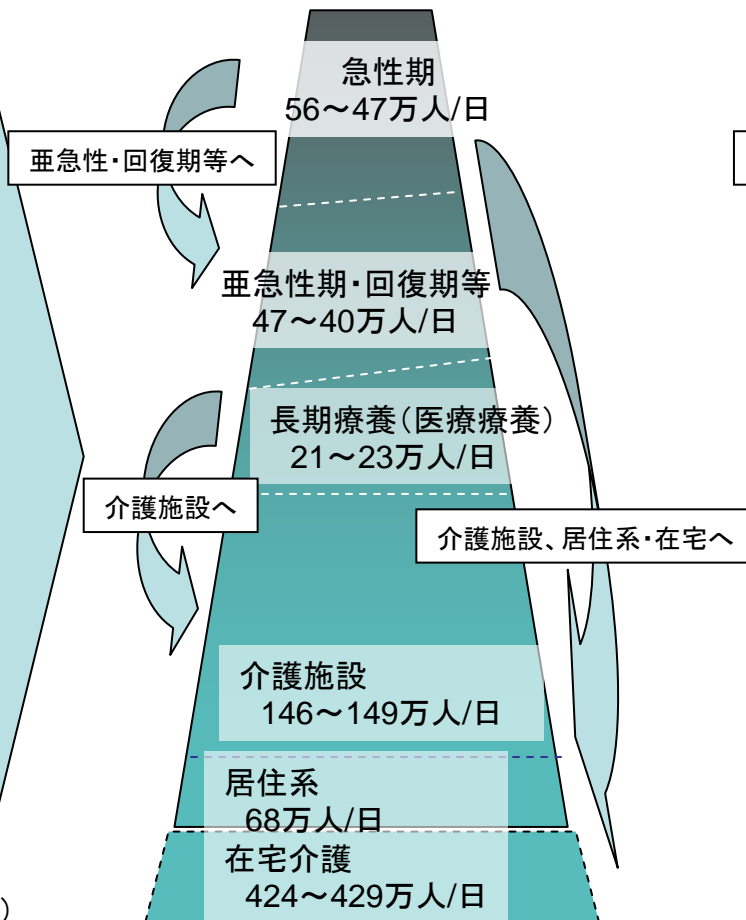
大胆な仮定をおいた平成37(2025)年時点のシミュレーションである

## 現状投影シナリオ（Aシナリオ）

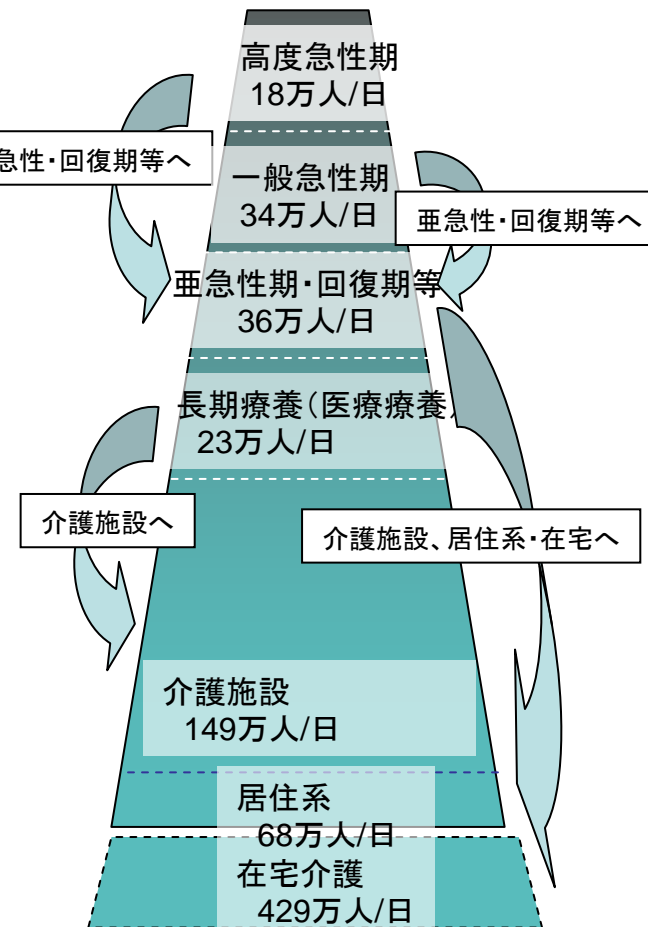


現状及び現状固定の推計による2025年の需要の伸びを単純においた場合

## B1、B2シナリオ ー改革シナリオー



## B3シナリオ



一般病床を機能分化（B1,B2シナリオは2分割、B3シナリオは3分割）。急性期の医療資源を集中投入し亜急性期・回復期との連携を強化。在院日数は減少。  
医療病床の医療必要度の低い需要は介護施設で受け止める。さらに在宅医療、居住系・在宅介護等の提供体制を強化することにより居住系・在宅サービスを強化。

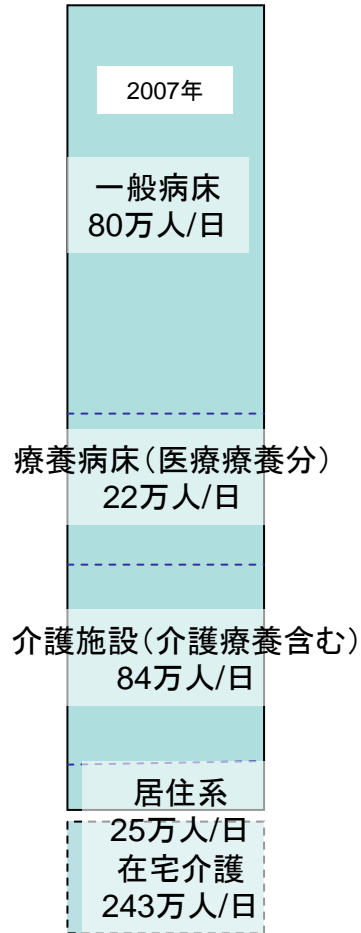
※上記に重複して外来や在宅医療受療者が2025年には1日当たり600万人あまりいる。 ※一般病床及び療養病床に有床診療所含む。



# 現状投影シナリオ(Aシナリオ)

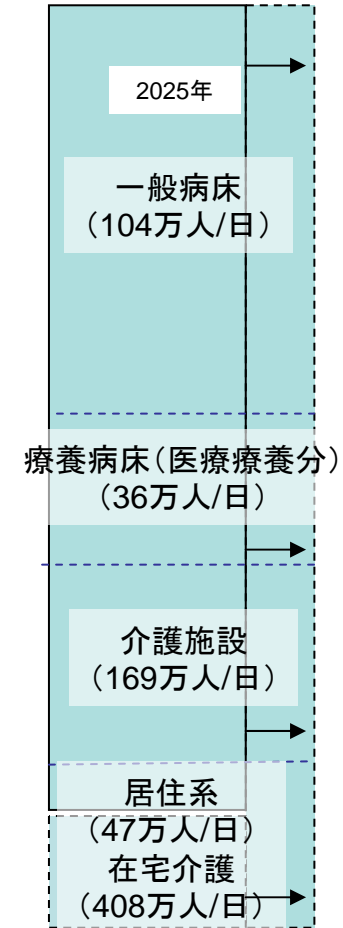
大胆な仮定をおいた平成37(2025)年時点のシミュレーションである

## 現状



人口 12,800万人  
高齢化率 21%

## 現状投影シナリオ(Aシナリオ)



人口 11,900万人  
高齢化率 30%

現状及び現状固定の推計による2025年の需要の伸びを単純においた場合

※高齢化率は総人口に対する65歳以上人口の割合である。

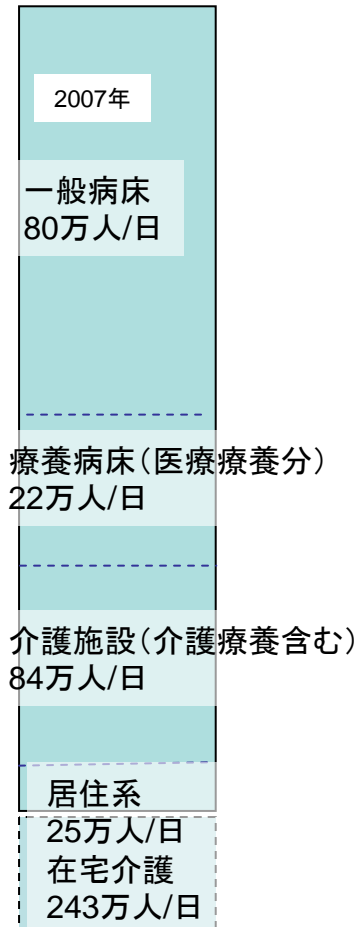
※上記に重複して外来や在宅医療受療者が2025年には1日当たり600万人あまりいる。

※一般病床及び療養病床に有床診療所含む。

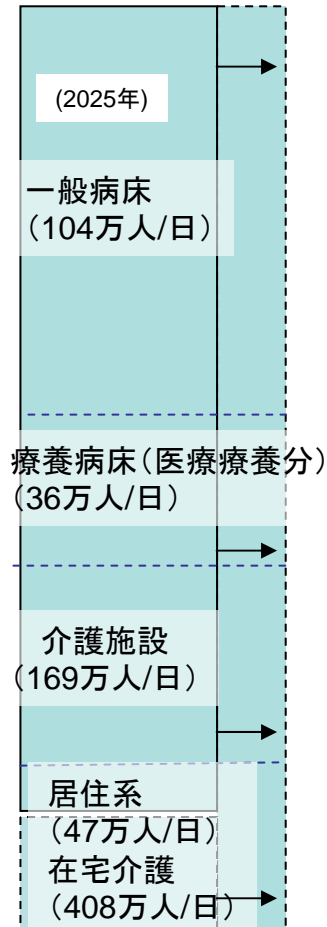
# 改革シナリオ (B1シナリオ)

大胆な仮定をおいた平成37(2025)年時点のシミュレーションである

(現状)

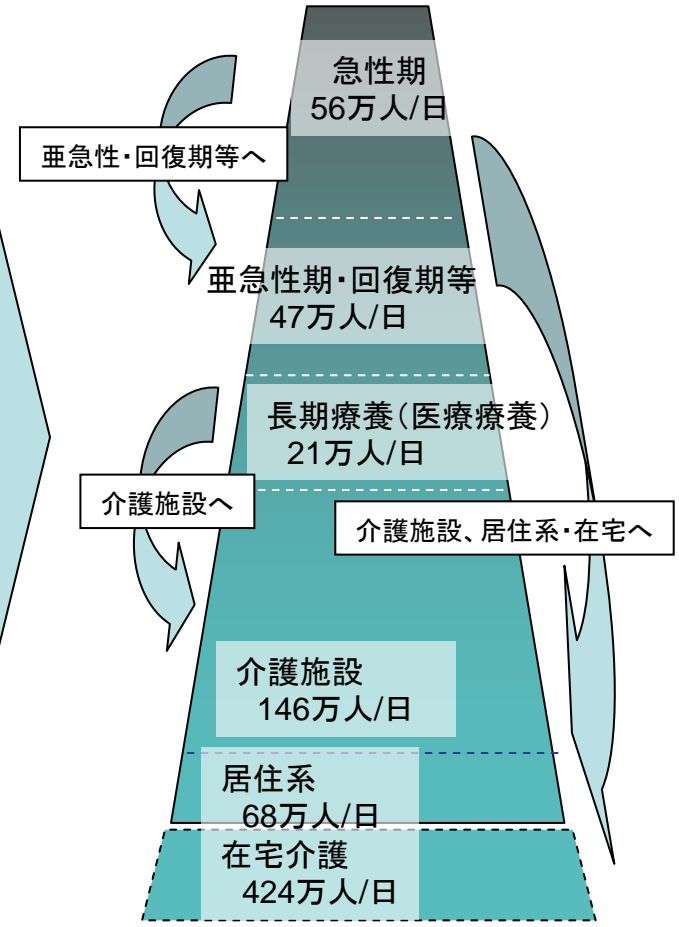


現状投影シナリオ(Aシナリオ)



現状及び現状固定の推計による2025年の需要の伸びを単純においた場合

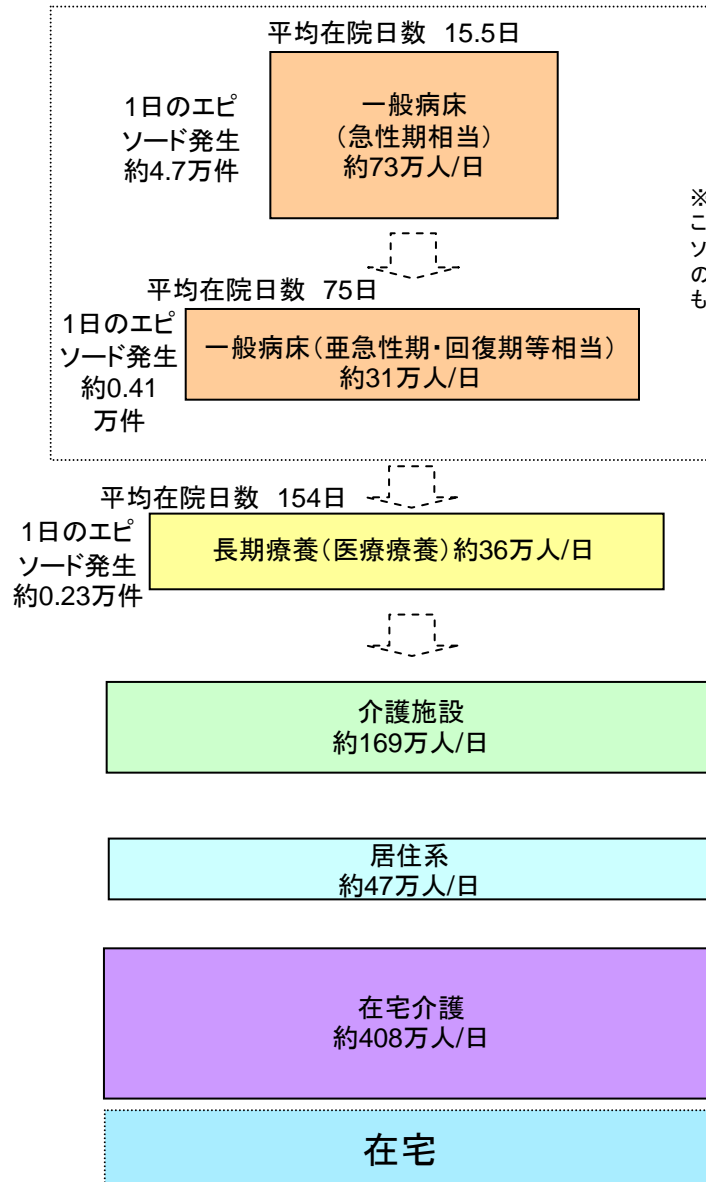
改革シナリオ(B1シナリオ)



一般病床を急性期と亜急性期・回復期等に機能分化。  
医療資源の集中投入により、急性期の在院日数は15.5日→12日に減少。  
医療必要度の低い需要は介護施設で受け止める。居住系・在宅サービスを強化。

※上記に重複して外来や在宅医療受療者が2025年には1日当たり600万人あまりいる。 ※一般病床及び療養病床に有床診療所含む。

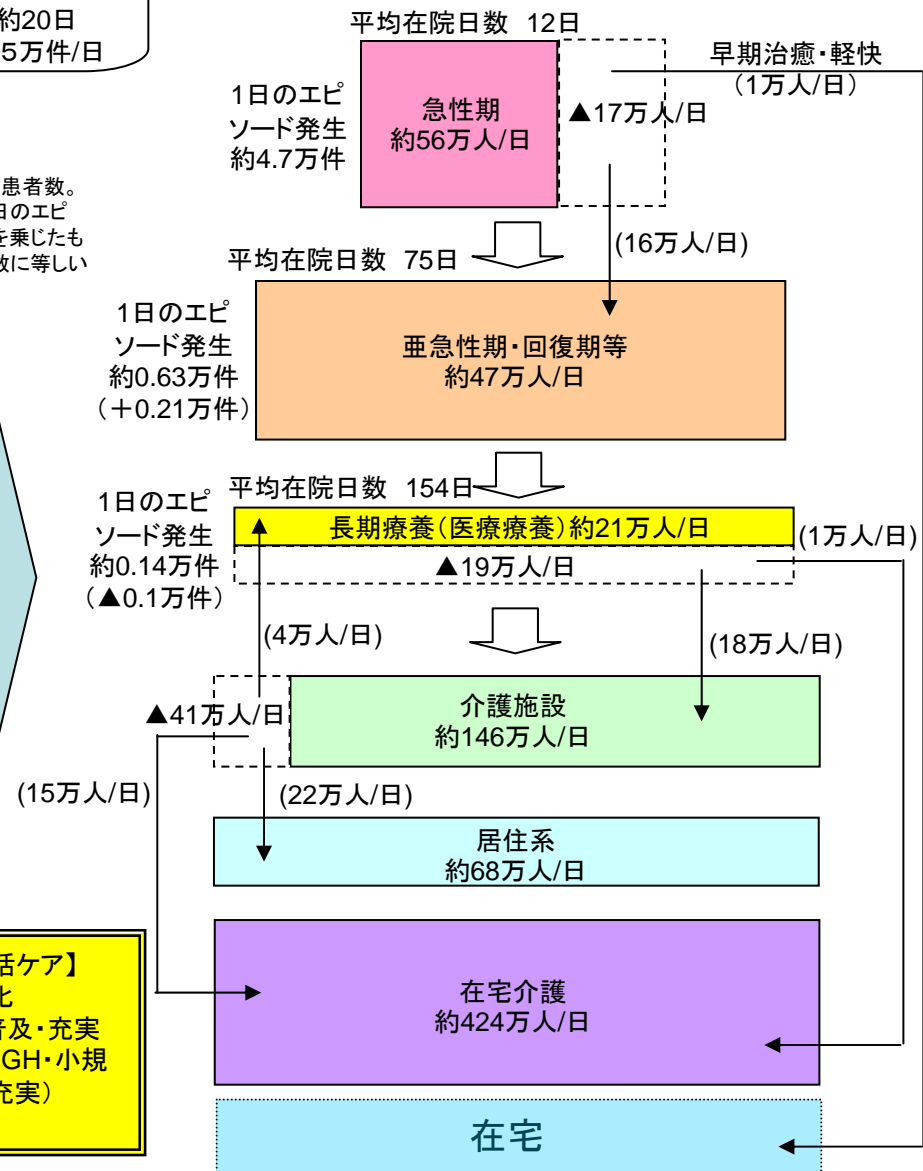
## 【Aシナリオ のイメージ】



現在の一般病床に相当  
約104万人/日  
平均在院日数約20日  
エピソード発生約5万件/日

※エピソード発生は、新たな入院患者数。  
ここでは、定常状態を仮定し、1日のエピソード発生件数と平均在院日数を乗じたものが、ある日における入院患者数に等しいものと仮定。

## 【B1シナリオ のイメージ】



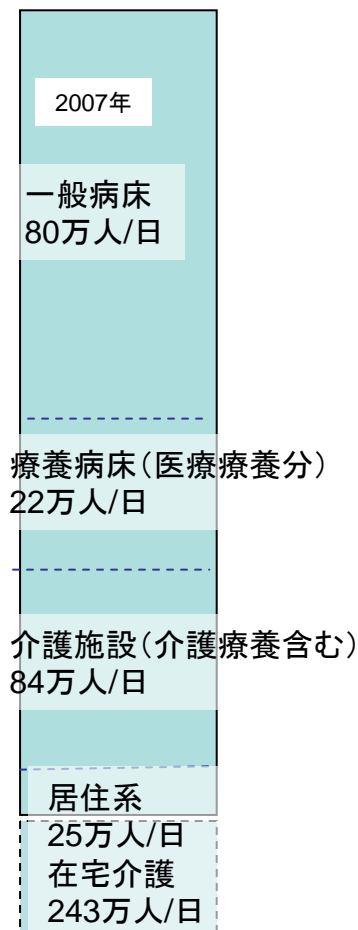
【介護・地域包括ケア】  
・施設機能の明確化  
・在宅サービスの普及・充実  
・認知症への対応(GH・小規模多機能の普及・充実)  
など

※上記に重複して外来や在宅医療受療者が1日当たり600万人あまりいる。

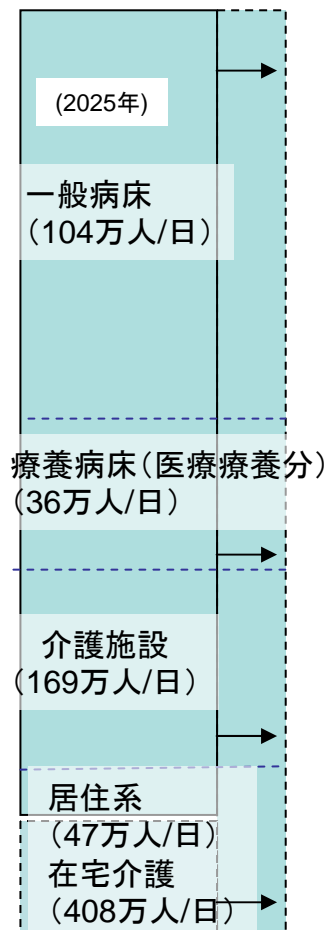
# 改革シナリオ (B2シナリオ)

大胆な仮定をおいた平成37(2025)年時点のシミュレーションである

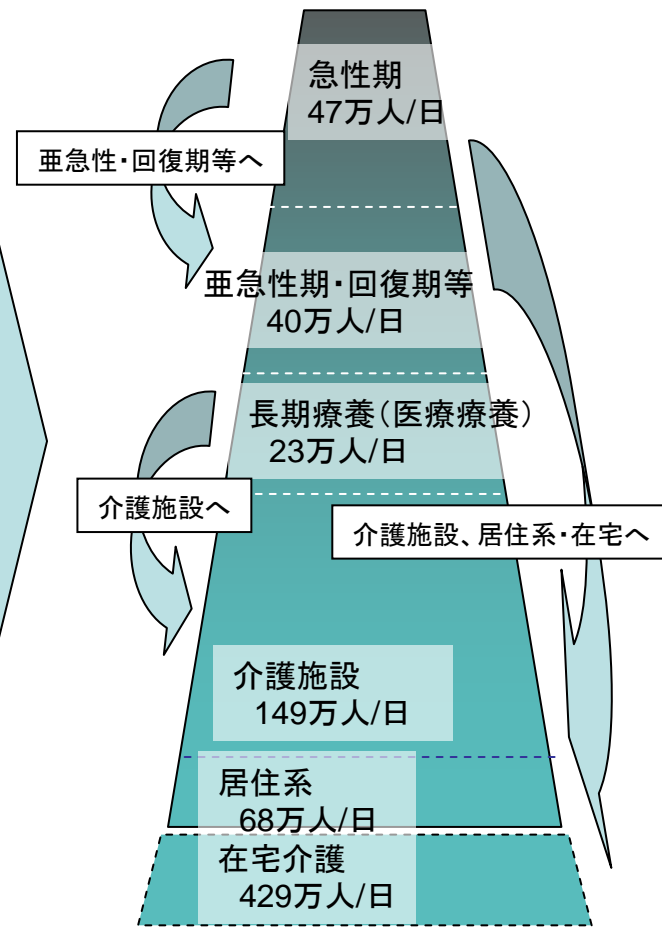
(現状)



現状投影シナリオ(Aシナリオ)



改革シナリオ(B2シナリオ)

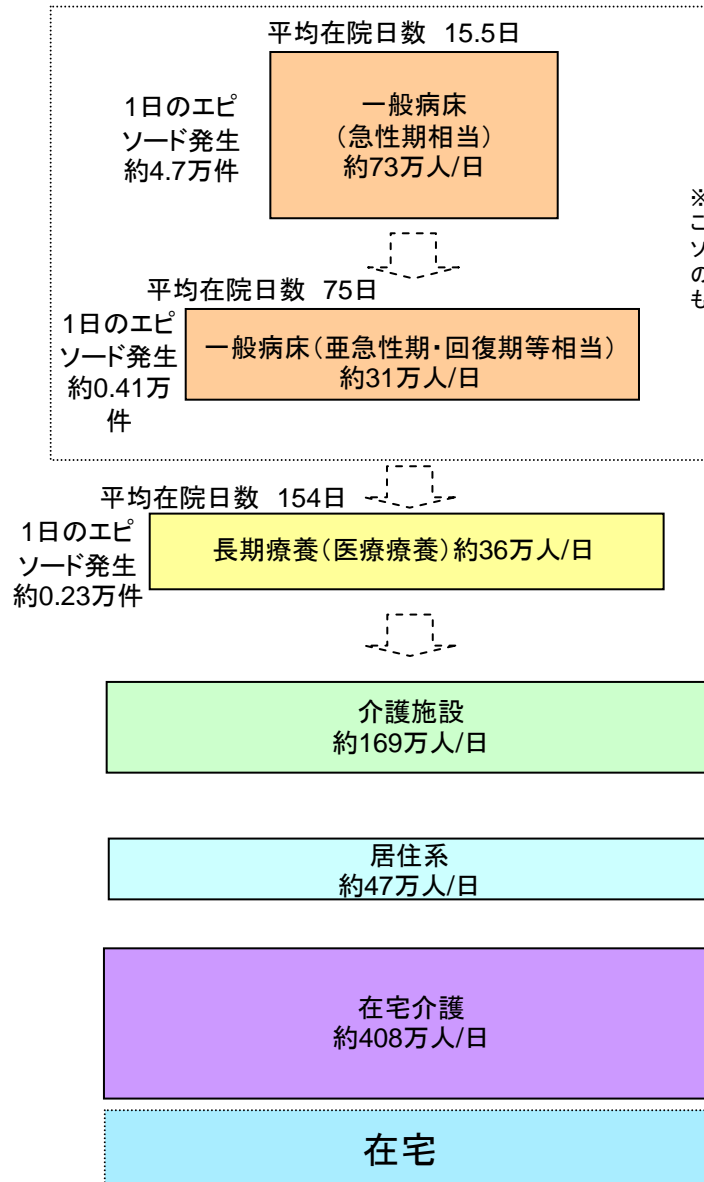


現状及び現状固定の推計による2025年の需要の伸びを単純においた場合

一般病床を急性期と亜急性期・回復期等に機能分化。医療資源を一層集中投入することにより、急性期の在院日数は15.5日→10日に、亜急性期・回復期等は75日→60日に減少。医療必要度の低い需要は介護施設で受け止める。居住系・在宅サービスを強化。

※上記に重複して外来や在宅医療受療者が2025年には1日当たり600万人あまりいる。 ※一般病床及び療養病床に有床診療所含む。

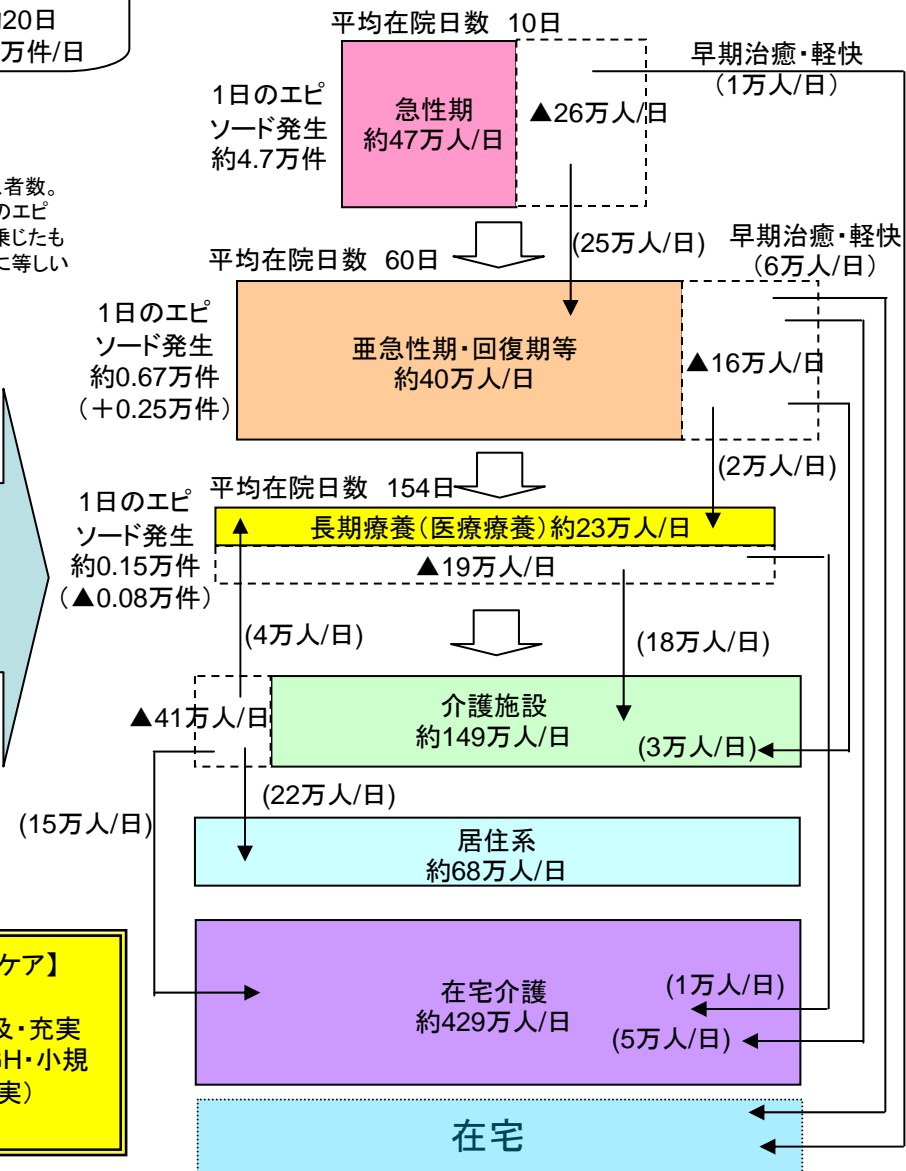
## 【Aシナリオ のイメージ】



現在の一般病床に相当  
約104万人/日  
平均在院日数約20日  
エピソード発生約5万件/日

※エピソード発生は、新たな入院患者数。  
ここでは、定常状態を仮定し、1日のエピソード発生件数と平均在院日数を乗じたものが、ある日における入院患者数に等しいものと仮定。

## 【B2シナリオ のイメージ】



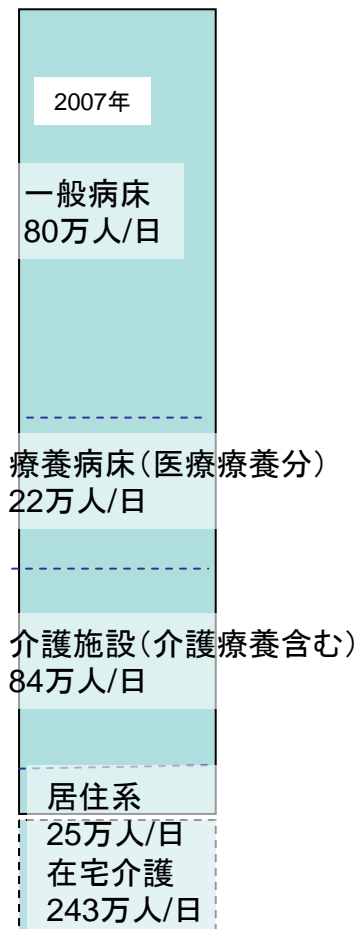
【介護・地域包括ケア】  
・施設機能の明確化  
・在宅サービスの普及・充実  
・認知症への対応 (GH・小規模多機能の普及・充実)  
など

※上記に重複して外来や在宅医療受療者が1日当たり600万人あまりいる。

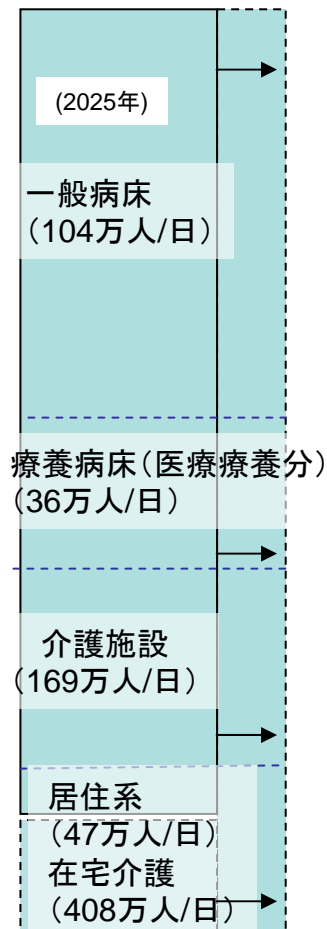
# 改革シナリオ (B3シナリオ)

大胆な仮定をおいた平成37(2025)年時点のシミュレーションである

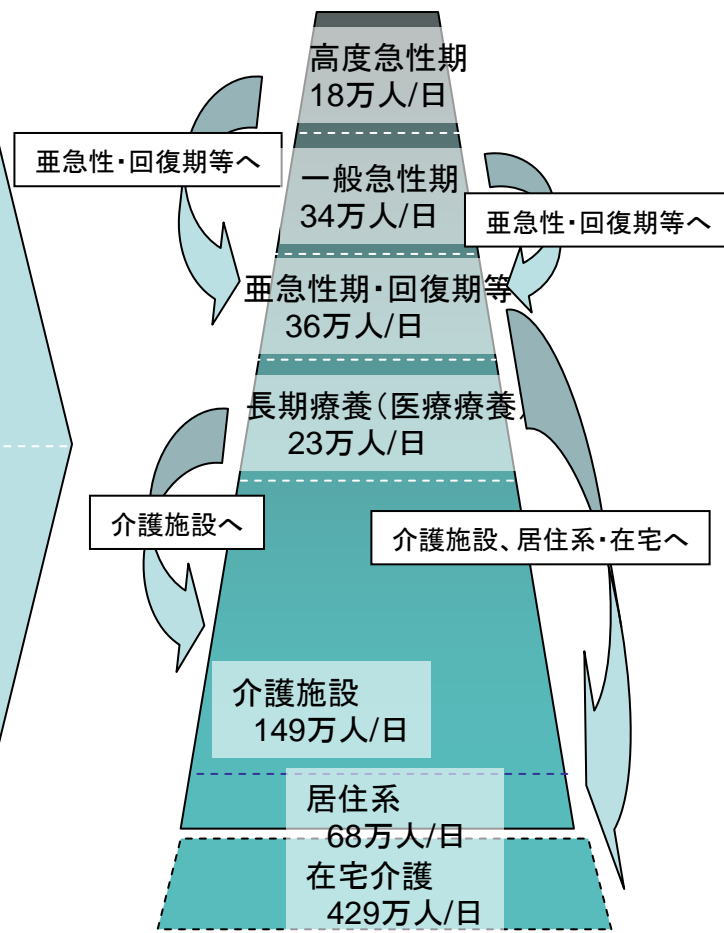
(現状)



現状投影シナリオ(Aシナリオ)



改革シナリオ(B3シナリオ)

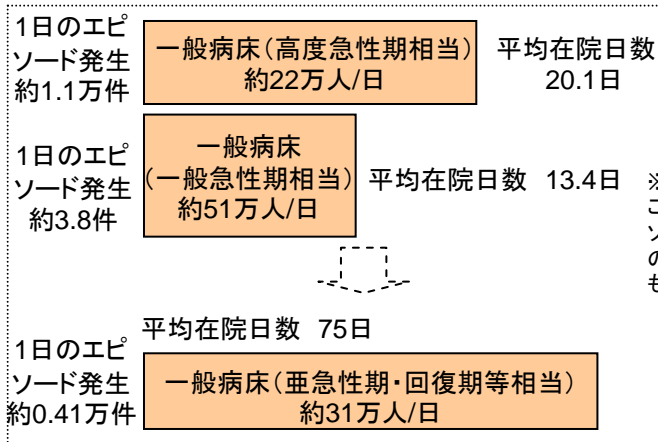


現状及び現状固定の推計による2025年の需要の伸びを単純においた場合

一般病床を高度急性期、一般急性期と亜急性期・回復期等に機能分化。医療資源の投入により、在院日数は高度急性期で20.1日→16日、一般急性期で13.4日→9日、亜急性期・回復期等で75日→60日に減少。医療必要度の低い需要は介護施設で受け止める。居住系・在宅サービスを強化。

※上記に重複して外来や在宅医療受療者が2025年には1日当たり600万人あまりいる。 ※一般病床及び療養病床に有床診療所含む。

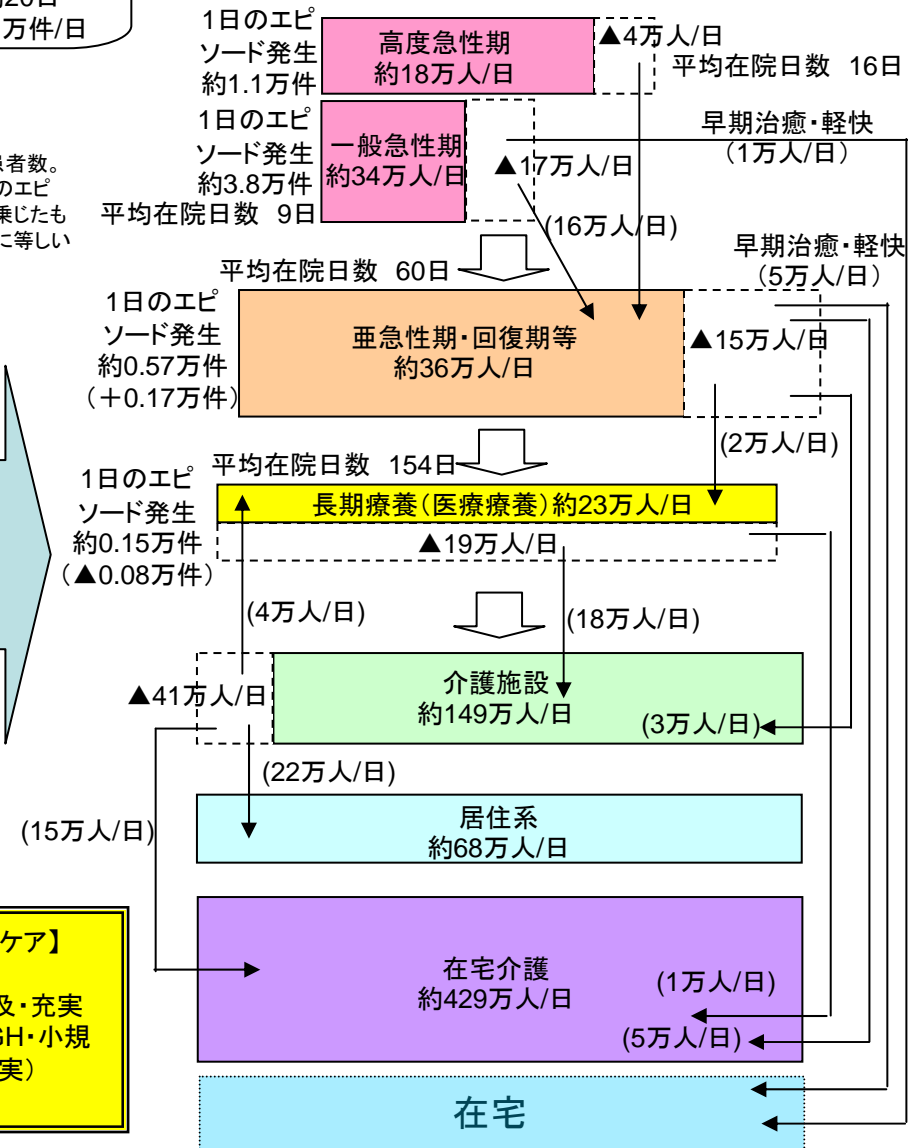
# 【Aシナリオ のイメージ (一般病床をさらに詳しくみた場合)】



現在の一般病床に相当  
約104万人/日  
平均在院日数約20日  
エピソード発生約5万件/日

※エピソード発生は、新たな入院患者数。  
ここでは、定常状態を仮定し、1日のエピソード発生件数と平均在院日数を乗じたものが、ある日における入院患者数に等しいものと仮定。

# 【B3シナリオ のイメージ】



【介護・地域包括ケア】  
・施設機能の明確化  
・在宅サービスの普及・充実  
・認知症への対応(GH・小規模多機能の普及・充実)  
など

※上記に重複して外来や在宅医療受療者が1日当たり600万人あまりいる。

# シミュレーションの手順と詳細



## シミュレーションの具体的な手順

### 【1】足元及び現状投影シナリオ(Aシナリオ)の需給状況を作成)＜Step1、2＞

#### ＜Step1＞

- 足下は平成19(2007)年度とし、将来推計人口(平成18年12月推計)、患者調査(平成17年)、医療費の動向(平成19年度)、介護給付費実態調査(平成19年10月)等から、年齢階級別人口に対する各サービス利用者<sup>(※1)</sup>の割合を作成するとともに、医療・介護の単価<sup>(※2、※3)</sup>を作成。

(※1)入院や外来の1日の患者数、要介護認定者、介護施設・居住系サービスの利用者、在宅介護サービスの利用者。

(※2)入院の1人1月当たりの費用、外来の1人1日当たりの費用、介護施設・居住系サービスの1人1月当たり費用、在宅介護サービス利用者に係る1人1月当たり費用。

(※3)医療の費用は、国民医療費ベース(自己負担分を含む。自己負担を除く給付費が概ね社会保障給付費の医療分に相当)とし、薬局調剤医療費や訪問看護の費用は外来医療費にまとめる形で整理。介護の費用は、介護保険の各サービスの費用額(1割相当の自己負担分を含む)に、特定入所者介護(介護予防)サービス費を加えたものであり、基本的には、食費や居住費は対象外。

#### ＜Step2＞

- 足下で作成した、年齢階級別人口に対する各サービス利用者の割合を、平成37(2025)年度の人口に乗じて、シミュレーションA(現状投影シナリオ)の各サービスの利用者数をシミュレートし、供給もこれにみあうものとする。
- 現状投影シナリオは、現状の医療・介護のサービス提供に関する問題点(不明確な機能分化、手薄な人員配置、ニーズに対応したサービス供給の不足等)は解決されず、効率化もなされないまま今後も推移していくこととなるシナリオであることに留意。

### 【2】Aシナリオから改革シナリオ(B1、B2、B3シナリオ)の需給状況を作成＜Step3＞

- Aシナリオの各サービス利用者数をベースに、サービス提供体制について選択と集中等による改革を図ることを想定して、改革シナリオにおける各サービス利用者数をシミュレートする。

- ・ B1シナリオ:一般病床について、急性期と亜急性期・回復期等とに機能分化することとし、医療資源の集中投入でなるべく早く急性期を脱することができるようになったり、早く治癒するようになる。  
また、亜急性期や回復期のリハビリテーションが必要なケースなど、状態像に応じた適切な設備・人員配置のもとで医療や介護が受けられるようになる。  
さらに、在宅医療、居住系サービスや在宅介護サービスが充実し、比較的重度者であっても、希望に応じてなるべく住み慣れた地域でケアを受けることができるようになる。

- ・ B2シナリオ: B1シナリオをさらに推し進め、急性期について、現在の欧米並みの水準まで高めていくこととする。  
そして、それに対応して、地域ケア体制の機能が強化される。
  - ・ B3シナリオ: B1、B2シナリオとは異なり、急性期について、さらに、高度急性期と一般急性期とに機能分化を徹底する。(B2シナリオにおける急性期と亜急性期・回復期等の一部が一般急性期に再編成されるイメージ。)
- いずれのシナリオにおいても、平均在院日数の短縮や在宅医療・在宅介護の推進などの医療・介護サービスの質向上・効率化の観点等を踏まえてサービス提供体制の改革を進め、生活習慣病予防などの予防重視の観点等も織り込んで需要を設定するものとする。
- また、医療・介護のシステムが全体として機能するためには、急性期と亜急性期・回復期等、さらには、これらと長期療養や介護施設、居住系サービスや在宅介護サービス、在宅・外来医療との間での、徹底した機能分化と連携強化とが不可欠。

### 【3】各シナリオのサービス基盤、単価をシミュレート＜Step4＞

- Step3の各シナリオごとに、各サービスの役割を果たすために必要な単価をシミュレート。このとき、必要な医療・介護資源の投入量(各施設に配置されるべきマンパワー等)を勘案。

### 【4】名目値への換算＜Step5＞

- Step3でシミュレートされた利用者と、Step4でシミュレートされた単価とを掛け合わせて、平成37(2025)年度の静態価格を計算し、これに、伸び率(名目値ベース)を乗じて医療・介護費用をシミュレート。  
結果は費用額としては名目値となるが、基本的には、経済規模(名目GDPなど)との対比でみていくのが適当。
- 経済成長や技術進歩等の要因がここで織り込まれることとなる。
- 一方、B1、B2、B3シナリオでは、Step3で織り込んだもののほか、医薬品や医療機器に関する効率化要素を織り込んで伸び率を設定。

## 医療・介護サービスの需要と供給のシミュレーションの詳細

### 〔基本的な考え方〕

- 足元（2007年度）の年齢階級別サービス利用状況が続いたとした場合の「現状投影シナリオ（Aシナリオ）」から考える。

【一般病床入院患者（1日当たり）】	2007年	約 80万人	→	2025年	約104万人
【医療療養病床入院患者（1日当たり）】	2007年	約 22万人	→	2025年	約 36万人
【介護施設入所者（1日当たり）】	2007年	約 84万人	→	2025年	約169万人
【居住系サービス利用者（1日当たり）】	2007年	約 25万人	→	2025年	約 47万人
【在宅介護サービス利用者（1日当たり）】	2007年	約243万人	→	2025年	約408万人
【外来・在宅医療（1日当たり）】	2007年	約582万人	→	2025年	約634万人
（上記と重複あり）					

- B 1 シナリオ及びB 2 シナリオの前提

現状において、一般病床に入院している患者のうち、「急性期医療ニーズ」と「亜急性期等医療ニーズ」とにそれぞれどれだけ該当するか推計（※）すると、急性期で7割、それ以外（亜急性期等）で3割と見込まれる。したがって、

急性期医療ニーズ            73万人/日  
 亜急性期等医療ニーズ    31万人/日    となる。

※ DPC及びDPC準備病院を急性期病院全体の代表として、在院日数等のデータをもとに急性期病床数必要数を試算すると、一般病床の基準病床に占める割合は70.3%となることから、104万人/日×70.3%＝約73万人/日

- したがって、現状をベースに推計した、急性期73万人/日、亜急性期等31万人/日、長期療養（医療療養）36万人/日、介護施設169万人/日、居住系47万人/日、在宅介護408万人/日、外来・在宅医療634万人/日、が改革によってどのように変化していくかをシミュレートする。

(一統一)

○ B3シナリオの前提

現状において一般病床に入院している患者について、「高度急性期医療ニーズ」、「一般急性期医療ニーズ」、「亜急性期等医療ニーズ」とにそれぞれどれだけ該当するか推計<sup>(※)</sup>すると、高度急性期医療ニーズが全体(140万人)の15.6%(22万人)と見込まれる。したがって、

2025年	高度急性期医療ニーズ	22万人/日
	一般急性期医療ニーズ	51万人/日
	亜急性期等医療ニーズ	31万人/日

※ 急性期と亜急性期等の振り分けはB1及びB2シナリオと同様。高度急性期医療ニーズについては、特定機能病院の平均入院医療費収入程度以上の医療を行っているケースは高度急性期医療ニーズと仮定し、それを上回る費用がかかっているケースが入院全体の15.6%(件/日ベース)であるので、 $140\text{万人/日} \times 15.6\% = \text{約}22\text{万人/日}$

○ したがって、現状をベースに推計した、高度急性期22万人/日、一般急性期51万人/日、亜急性期等31万人/日、長期療養(医療療養)36万人/日、介護施設169万人/日、居住系47万人/日、在宅介護408万人/日、外来・在宅医療634万人/日、が改革によってどのように変化していくかシミュレートする。

(1) 急性期

B1シナリオ	B2シナリオ	B3シナリオ
<p>急性期に医療を集中投入することにより、平均在院日数について、現状15.5日(DPC及びDPC準備病院46万床の平均)から、12日程度に短縮(23%短縮)を図る。これを実現するために、人員配置を現在の一般病床より手厚く※医療従事者等を配置する。</p> <p>※ターゲットとなる在院日数を実現している病院の平均的な人員配置を比較すると、医師、看護師、その他職員の配置が約1.2倍(平成18年度病院経営管理指標)</p> <p>これにより、一日あたりの患者も23%減少し、急性期医療ニーズは56万人/日となる。</p> <p>73万人/日から減少した17万人/日のニーズのうちほとんど(16万人/日)は、主に治療期間に重点的な医療が提供されることで安静・回復期ニーズの術後の在院期間の短縮が図られることによる減少分であり、亜急性期等の病床で対応するニーズに移るほか、1万人/日は、若年の患者を中心に、早期に軽快し、外来対応となることによる入院需要減と仮定する。</p>	<p>急性期に医療をより一層集中投入することにより、平均在院日数について、現状15.5日(DPC及びDPC準備病院46万床の平均)から、10日程度に短縮(35%短縮)を図る。これを実現するために、人員配置を現在の一般病床と比較しておおむね倍増※する。</p> <p>※参考資料にあるように諸外国との比較において、平均在院日数10日を実現している国の配置は日本の一般病床平均の職員配置の約2倍。</p> <p>これにより、一日あたりの患者も35%減少し、急性期医療ニーズは47万人/日となる。</p> <p>73万人/日から減少した26万人/日のニーズのうちほとんど(25万人/日)は、主に治療期間に重点的な医療が提供されることで安静・回復期ニーズの術後の在院期間の短縮が図られることによる減少分であり、亜急性期等の病床で対応するニーズに移るほか、1万人/日は、若年の患者を中心に、早期に軽快し、外来対応となることによる入院需要減と仮定する。</p>	<p>《高度急性期》 高度急性期に医療をより集中投入することにより、平均在院日数について、現状20.1日(医育機関+NC病院の平均)から、16日程度に短縮(20%短縮)を図る。これを実現するために、人員配置を現在の一般病床と比較しておおむね2.2倍とする。</p> <p>これにより、一日あたりの患者も20%減少し、高度急性期医療ニーズは、18万人/日となる。</p> <p>22万人/日から減少した4万人/日のニーズは、主に治療期間に重点的な医療が提供されることで術後の在院期間の短縮が図れることによる減少分であり、亜急性期等の病床で対応するニーズに移ることによる入院需要減と仮定する。</p> <p>《一般急性期》 一般急性期に医療を集中投入することにより、平均在院日数について、現状13.4日(急性期全体が現状15.5日であることから、高度急性期を20.1日とおくと13.4日となる)から、9日程度に短縮(33%短縮)を図る。これを実現するために、人員配置を現在の一般病床と比較しておおむね1.8倍とする。</p> <p>これにより一日あたりの患者も、33%減少し、一般急性期医療ニーズは34万人/日となる。</p> <p>51万人/日から減少した17万人/日のニーズのうちほとんど(16万人/日)は、主に治療期間に重点的な医療が提供されることで術後の在院期間の短縮が図れることによる減少分であり、亜急性期等の病床で対応するニーズに移るほか、1万人/日は、若年の患者を中心に、早期に軽快し、外来対応となることによる入院需要減と仮定する。</p>

## (2) 亜急性期・回復期リハビリテーション等

B1シナリオ	B2シナリオ	B3シナリオ
<p>急性期の改革により、現状より早期に急性期の病床を退院することになるが、医療必要度がそれなりに高い状態で退院することとなるので、その受け皿として亜急性期等の病床の機能強化が重要になる。</p> <p>亜急性期等には、31万人/日に急性期から移行する16万人/日を加え、47万人/日になるものと思われる。</p> <p>この推計においては、亜急性期は医療・看護・リハビリの必要度が高まるために、コメディカルを中心に一定の増員が必要となる。</p>	<p>急性期の改革により、現状より早期に急性期の病床を退院することになるが、医療必要度がそれなりに高い状態で退院することとなるので、その受け皿として亜急性期等の病床の機能強化が重要になる。また、政策目標として、リハビリの早期開始・強化や、クリティカルパスの推進と職員体制の強化により、概ね20%程度の在院日数の短縮を見込む。</p> <p>亜急性期等のニーズは、31万人/日の現状投影ニーズに加え、急性期から移行する25万人/日を加え、56万人/日となるが、</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 20%の期間短縮効果(15日*)により11万人/日が軽快する、あるいは医療療養や介護施設等につつまものと見込む</li> <li>・ 24時間対応可能な在宅医療の体制を整備することにより、本人の希望により在宅での看取りができる体制を強化することにより5万人/日が在宅等へ移行するものと見込む</li> </ul> <p>ことから、40万人/日になるものと思われる。</p> <p>この推計においては、亜急性期は医療・看護・リハビリの必要度が高まること、また、おおむね20%程度の在院日数の短縮を見込み、コメディカルを中心にB1 推計以上の増員を図る。</p> <p>56万人/日から減少した16万人/日は、重篤な在宅医療に5万人/日、外来対応となる者が6万人/日、3万人/日が介護施設等へ、残り2万人/日が医療療養へ移行するものと仮定する。(重篤な在宅医療ニーズ以外は、若者と高齢者が概ね5割ずつと仮定する)</p>	<p>急性期の改革により、現状より早期に急性期の病床を退院することになるが、医療必要度がそれなりに高い状態で退院することとなるので、その受け皿として亜急性期等の病床の機能強化が重要になる。また、政策目標として、リハビリの早期開始・強化や、クリティカルパスの推進と職員体制の強化により、概ね20%程度の在院日数の短縮を見込む。</p> <p>亜急性期等のニーズは、31万人/日の現状投影ニーズに加え、高度急性期及び一般急性期から移行する20万人/日を加え、51万人/日となるが、</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 20%の期間短縮効果(15日*)により10万人/日が軽快する、あるいは医療療養や介護施設等につつまものと見込む</li> <li>・ 24時間対応可能な在宅医療の体制を整備することにより、本人の希望により在宅での看取りができる体制を強化することにより5万人/日が在宅等へ移行するものと見込む</li> </ul> <p>ことから、36万人/日になるものと思われる。</p> <p>この推計においては、亜急性期は医療・看護・リハビリの必要度が高まること、また、おおむね20%程度の在院日数の短縮を見込み、コメディカルを中心にB1 推計以上の増員を図る。</p> <p>51万人/日から減少した15万人/日は、重篤な在宅医療に5万人/日、外来対応となる者が5万人/日、3万人/日が介護施設等へ、残り2万人/日が医療療養へ移行するものと仮定する。(重篤な在宅医療ニーズ以外は、若者と高齢者が概ね5割ずつと仮定する)</p>

### (3) 長期療養(医療療養)

B1シナリオ	B2シナリオ	B3シナリオ
<p>改革後の長期療養(医療療養)は、医療必要度の低いニーズが介護施設に移行することや、旧介護療養から医療必要度の高いニーズが移行してくることから、総体として平均的な医療必要度が高まり、医療に重点を置いた長期ケアが提供される。</p> <p>長期療養(医療療養)には、36万人/日から、医療必要度の低いニーズ19万人/日が介護に移行し、旧介護療養から医療必要度の高いニーズ4万人/日が医療療養に移行してくるため、21万人/日になるものと思われる。</p> <p>* 医療療養のうち、医療区分1に該当する37.7%と、医療区分2の3割に当たる14.2%の併せて51.9%のニーズ(2025年で約19万人/日)が介護へ移行し、旧介護療養のうち、医療区分3に該当する4.0%と、医療区分2の7割に当たる14.6%の併せて20.6%のニーズ(2025年で約4万人/日)が医療療養に移行すると仮定</p>	<p>改革後の長期療養(医療療養)は、医療必要度の低いニーズが介護施設に移行することや、旧介護療養から医療必要度の高いニーズが移行してくることから、総体として平均的な医療必要度が高まり、医療に重点を置いた長期ケアが提供される。</p> <p>長期療養(医療療養)には、36万人/日から、亜急性期等からの2万人/日を加え、医療必要度の低いニーズ19万人/日が介護に移行し、旧介護療養から医療必要度の高いニーズ4万人/日が医療療養に移行してくるため、23万人/日になるものと思われる。</p> <p>* 医療療養のうち、医療区分1に該当する37.7%と、医療区分2の3割に当たる14.2%の併せて51.9%のニーズ(2025年で約19万人/日)が介護へ移行し、旧介護療養のうち、医療区分3に該当する4.0%と、医療区分2の7割に当たる14.6%の併せて20.6%のニーズ(2025年で約4万人/日)が医療療養に移行すると仮定</p>	<p>(同左)</p>

### (4) 医療機関から介護や外来・在宅医療への移行

B1シナリオ	B2シナリオ	B3シナリオ
<p>上記の結果、医療機関から介護や外来・在宅医療に移行する者は、140万人のうち、16万人/日と考えられる。</p>	<p>上記の結果、医療機関から介護や外来・在宅医療に移行する者は、140万人のうち、30万人/日と考えられる。</p>	<p>上記の結果、医療機関から介護や外来・在宅医療に移行する者は、140万人のうち、29万人/日と考えられる。</p>



## (5)介護(医療から介護への移行を踏まえた改革)

B1シナリオ	B2シナリオ	B3シナリオ
<p>(前提)</p> <p>①介護施設(特養・老健) まず、現状投影型における要介護度別世帯類型別施設入所者数を推計し、要介護度3以上の施設利用割合(要介護認定者等に対する施設利用者数の割合)が5%程度低下するものと仮定(要介護2は10%、要介護1は施設利用せずと仮定)。</p> <p>その上で、特養は重度者中心、老健は在宅復帰施設であることを念頭に中重度者中心の利用と仮定。なお、介護療養型老健は医療ニーズが一定程度ある高齢者が利用するものと仮定し、前記により全体的に重度シフトした施設利用者を現状の要介護度別施設利用者割合で按分して設定。</p> <p>このことに伴って、特養については、入所時の要介護度の上昇により平均在所期間が短くなり(3.74年程度→3年程度)その分入退所者数が増加すること、老健等他の施設の機能強化に伴って家庭からの入所が増加することを仮定。</p> <p>②居住系(グループホーム・特定施設) 施設・居住系サービス全体で、スウェーデンなみ(高齢者人口対比で6%程度)の整備を仮定。</p> <p>* 2025年の高齢者人口3,635万人×6%=218万人/日。これから、施設ニーズ(①で設定したものに(1)～(4)により医療から移行する分を加えたもの)を控除して、居住系の利用は68万人/日と設定。</p> <p>* このうち、グループホームの整備量については、施設を利用しない認知症高齢者のうちグループホームを利用する者の割合を2025年に5割程度増加(11%→17%)させるものと仮定して、204万人/日×17%=35万人/日と設定。結果として、特定施設は68万人/日から35万人/日を控除して33万人/日と設定。</p> <p>③在宅 現状投影型における介護サービス利用者数から、上記①②を控除して設定。</p>	(同左)	(同左)



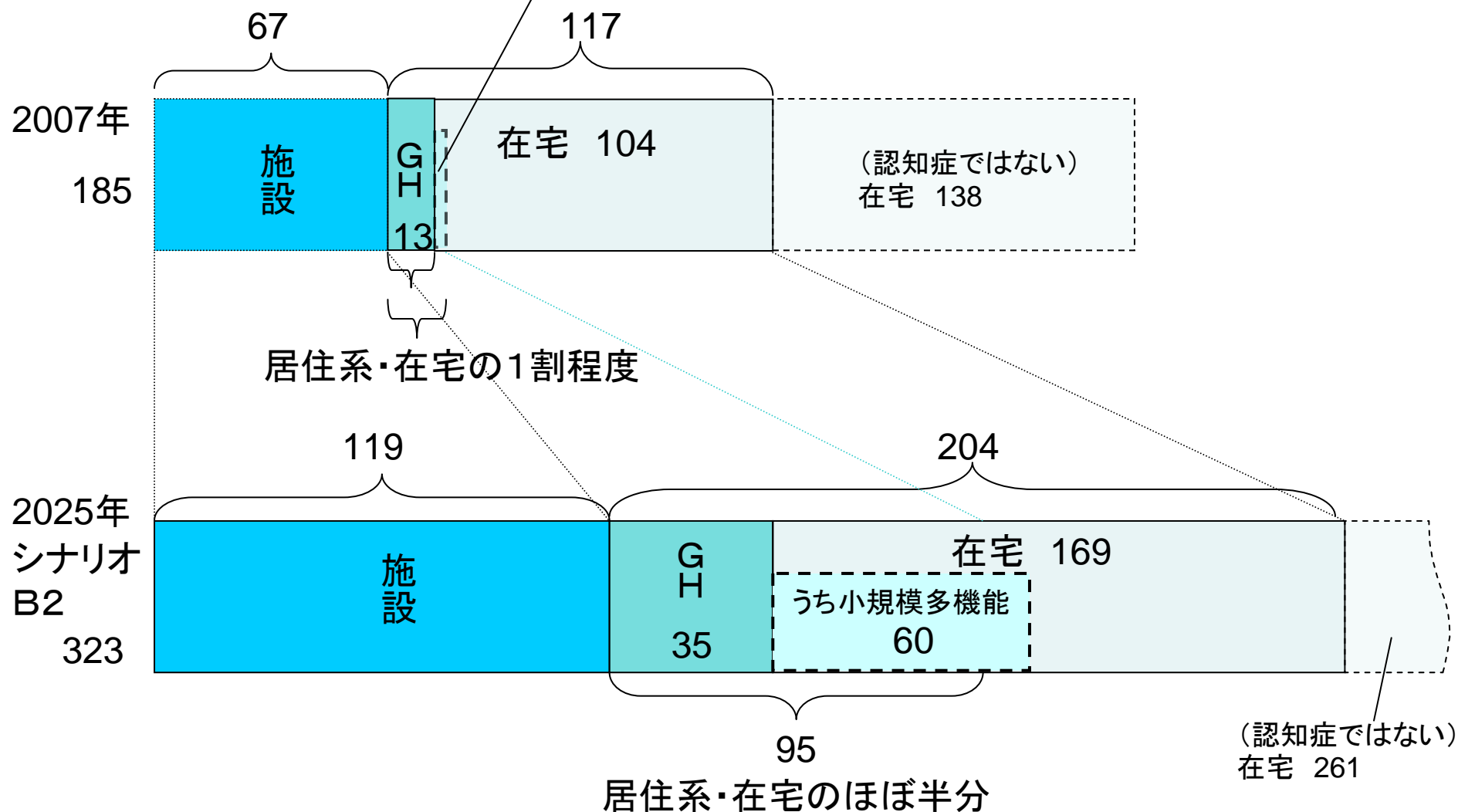
B1シナリオ	B2シナリオ	B3シナリオ
<p>(医療から移行する者について)  (1)～(4)により、医療から介護に移行する15万人/日については、医療ニーズが一定程度ある者であることから、大半(95%相当)が施設を利用するものと仮定する。</p> <p>「療養病床アンケート調査」(平成19年3月)によると、医療区分1もしくは2の患者について望ましいと考える施設として病院以外では特養、老健とするものが大半であり、各々同数程度であったことから、特養と療養型老健で半々程度で利用するものと仮定。残る1万人/日は在宅と仮定。結果として、特養7万人/日、療養型老健7万人/日、在宅1万人/日となる。</p>	<p>(医療から移行する者について)  (1)～(4)により、医療から介護に移行する23万人/日のうち、医療が必要な亜急性期からの5万人/日については介護ニーズが比較的低いものとして、十分な在宅医療を受けながら在宅介護サービスで対応するものと仮定する。</p> <p>療養病床からの15万人/日及び亜急性期からの3万人/日の合計18万人/日については、医療ニーズが一定程度ある者であることから、大半(95%相当)が施設を利用するものと仮定する。</p> <p>「療養病床アンケート調査」(平成19年3月)によると、医療区分1もしくは2の患者について望ましいと考える施設として病院以外では特養、老健とするものが大半であり、各々同数程度であったことから、特養と療養型老健で半々程度で利用するものと仮定。残る1万人/日は在宅と仮定。結果として、特養9万人/日、療養型老健9万人/日、在宅6万人/日となる。(端数により合計が内訳の和に一致しない)</p>	<p>(同左)</p>

## (6)その他

- 精神・感染症等の病床、歯科診療所、医療や施設からの移行を除く在宅介護利用者はB1、B2、B3シナリオにおいてもAシナリオと同じと仮定。具体的には精神感染症等の病床の入院患者数は2007年～2025年にかけて約30～40万人/日程度で推移、歯科診療所の1日あたり患者数は2007年～2025年にかけて約120～130万人/日程度で推移、移行を除く在宅介護利用者数は2007年の約240万人/日から2025年の約410万人/日へと増加する計算。
- 外来・在宅医療の患者数については、
  - ・ 近年の受診動向をみると、延べ患者数は減少傾向にあるが、今回のシミュレーションではこの傾向は織り込んでおらず、Aシナリオでは若干増加する計算となっている。
  - ・ B1、B2、B3シナリオにおいては、生活習慣病予防への取り組みにより、2025年の外来・在宅医療の患者数がAシナリオに比べて5%程度減少するものと仮定。(外来医療費に占める糖尿病、高血圧性疾患、虚血性心疾患、脳血管疾患の割合が概ね2～3割程度であること、また、2015年度におけるメタボリックシンドロームの該当者及び予備軍を2008年度と比べて25%減少させるとの目標があることを勘案して、2割程度×25%=5%程度と仮定。)
  - ・ また、在宅医療の普及等に鑑みて、B1、B2、B3シナリオにおいては、病院の外来・在宅医療の患者数及び医療費の半分程度が診療所に移行するものと仮定。
- 上で述べたような諸改革の実現に伴い平均在院日数の短縮が見込まれ、また、在宅サービスの充実、生活習慣病予防の効果が一定程度織り込まれており、全体として医療・介護サービスの質向上・効率化プログラム(平成19年5月 厚生労働省)を一定程度踏まえたものとなっている。

単位:万人/日

うち、小規模多機能 1~2



(注) 増加する認知症に対応するため、中学校区(全国に約1万校区)に3箇所程度(定員20名)の小規模多機能を整備するものと仮定し、グループホーム(GH)と小規模多機能サービスにより施設以外にいる認知症高齢者のほぼ半分をカバーできることとなる。

## 医療・介護サービスの単価に関するシミュレーションの詳細

### (1) 急性期

B1シナリオ	B2シナリオ	B3シナリオ
<p>平均在院日数を23%短縮するためには、1病床当たり職員など医療資源投入量を、DPC病院と比較して1.2倍とする。</p> <p>コメディカルや事務職も増えるので、勤務改善のほか、役割分担(スキルミックス)を進めることができる。</p> <p>現在の一般病床の一人当たり平均単価110万円  <math>\times 1.32(\text{DPC単価比}) \times (1 + 0.812 \times 0.2) = \text{約170万円}</math></p> <p>※国公立を除くDPC対象病院の給与費、医薬品費、診療材料費等、医療機器減価償却費の比率は、81.2%なので、これをオンコストする。</p>	<p>平均在院日数を35%短縮し10日とするためには、1病床当たり職員数など医療資源投入量を倍増とする。(職員数について言えばOECD諸国並)。この中で勤務改善も図られる。</p> <p>コメディカルや事務職も増えるので、勤務改善のほか、役割分担(スキルミックス)を進めることができる。</p> <p>現在の一般病床の一人当たり平均単価110万円  <math>\times 1.812 = \text{約200万円}</math></p> <p>※国公立を除くDPC対象病院の給与費、医薬品費、診療材料費等、医療機器減価償却費の比率は、81.2%なので、これをオンコストする。</p>	<p><b>【高度急性期】</b>            平均在院日数を20%短縮するために、1病床あたり職員数など医療資源投入量を、ハイケアユニット(下記一般急性期と同等)と比較して1.2倍とする。(現在の一般病床平均と比較すると約2.2倍となる)</p> <p>コメディカルや事務職も増えるので、勤務改善のほか、役割分担(スキルミックス)を進めることができる。</p> <p>現在の一般病床の一人あたり平均単価110万円  <math>\times 1.80(\text{ハイケアユニット単価比}) \times (1 + 0.812 \times 0.2) = \text{約230万円}</math></p> <p><b>【一般急性期】</b>            平均在院日数を33%短縮し、9日とするためには、1病床あたり職員数など医療資源投入量を1.8倍とする。</p> <p>現在の一般病床の一人あたり平均単価110万円  <math>\times (1 + 0.812 \times 0.8) = \text{約180万円}</math></p>

## (2) 亜急性期・回復期等

B1シナリオ	B2シナリオ	B3シナリオ
<p>現在の亜急性期病棟、回復期リハビリテーション病棟を基本としつつ、勤務改善と医療必要度のアップに対応させるため、コメディカル等を中心に20%程度(単価への影響は10%)増加させる。</p> <p>現在の一般病床の一人当たり平均単価110万円  <math>\times 0.87</math> (亜急性期単価比) <math>\times (1 + 0.1</math> (職員数2割増に相当する給与費)) = 約105万円</p>	<p>現在の亜急性期病棟、回復期リハビリテーション病棟を基本としつつ、勤務改善、医療必要度の一層のアップへの対応、在院日数の20%短縮のため、コメディカル等を中心に30%程度増加させる。</p> <p>現在の一般病床の一人当たり平均単価110万円  <math>\times 0.87</math> (亜急性期単価比) <math>\times (1 + 0.15</math> (職員数3割増に相当する給与費)) = 約111万円</p>	(同左)

## (3) 長期療養(医療療養)

B1シナリオ	B2シナリオ	B3シナリオ
<p>医療区分1と医療区分2の3割を介護施設等へ移行させた結果、医療療養の中で医療区分2(平均単価52万円)が69%、医療区分3(平均単価65万円)が31%となるので、これを加重平均すると、約56万円(現状は全体平均単価50万円)</p>	(同左)	(同左)

## (4) 介護施設・居住系

B1シナリオ	B2シナリオ	B3シナリオ
<p>要介護度に応じた単価</p> <p>○施設  <u>特養</u>: 平均単価31万円(平均要介護度4.0)  * ユニットケアが7割程度普及するものと仮定し、特定入所者介護サービス費の差額分(約1.2万円)を単価に上乗せ  <u>老健</u>: 平均単価31万円(平均要介護度3.9)  <u>うち介護療養型老健</u>: 平均単価33万円  (平均要介護度4.4)  * ユニットケアが5割程度普及するものと仮定し、特定入所者介護サービス費の差額分(約0.6万円)を単価に上乗せ</p> <p>○居住系  <u>特定施設</u>: 平均単価18万円(平均要介護度2.4)  <u>グループホーム</u>: 平均単価27万円( " 2.6)</p>	<p><u>特養</u>: 平均単価31万円(平均要介護度4.1)  (その他は同左)</p>	(同左)

## (5)在宅介護

B1シナリオ	B2シナリオ	B3シナリオ
<p>要介護度に応じた単価 平均単価:16万円(平均要介護度1.9)</p> <p>要介護4～5の単身高齢者や施設から在宅へシフトした者の単価は限度額相当と仮定。また、要介護4～5の夫婦のみ世帯・その他世帯の者の単価は限度額の75%相当と仮定。</p> <p>要介護3以下については、平成15年から19年まで(制度改正の影響があった平成18年を除く)の平均利用額の上昇傾向を踏まえて、2025年において限度額に対する利用割合が18%(毎年1%)ポイント程度上昇するものと仮定。</p> <p>認知症サービスの充実を踏まえ、施設・居住系を利用しない在宅の認知症高齢者(約169万人)については、約60万人が小規模多機能サービスを利用するなど需要が増加すると仮定し、在宅と小規模多機能サービスの平均単価の差の半分程度(約5万円)を上乗せ。</p>	<p>平均単価:16万円(平均要介護度2.0) (その他は同左)</p>	<p>(同左)</p>

## (6)外来・在宅医療

B1シナリオ	B2シナリオ	B3シナリオ
<p>外来(病院)は現状どおり 約1.5万円/日 外来(診療所)もほぼ現状どおり 約0.9万円/日 ※薬局調剤医療費等を含む費用額 外来(診療所)は外来(病院)の一部移行で微増</p> <p>訪問診療対象者 約20万円/月 (実態として、末期がん患者や人工呼吸着を付けたALS等の患者は月20～50万円程度、脳梗塞後の在宅療養患者等は月5～30万円程度であることから、これらを勘案して単価を月約20万円とした)</p>	<p>(同左)</p>	<p>(同左)</p>

(参考)平成19年6月実施 医療経済実態調査報告に基づく  
一床当たり平均入院収入の比較

○ 療養病床を除く一般病床(除く国公立)	1.0
○ ハイケアユニット入院医療管理料の病床	1.8
○ 特定機能病院の病床	1.44
○ DPC病院の病床	1.32
○ 亜急性期入院医療管理料の病床	0.87
○ 回復期リハビリテーション病棟入院料の病床	0.84