

1. 趣旨等

(趣旨)

○ 今後の医療・介護の目指すべき方向性についての検討結果を踏まえ、社会保障国民会議で行われた医療・介護費用のシミュレーションを基礎として、2025年頃までの医療・介護サービスの需給の状況、そのために必要な費用やマンパワーについて、一定の仮定に基づき推計を行うもの。

(本推計の対象)

○ 本推計は、主に医療・介護のサービス提供体制について一定の改革のシナリオに基づき行うものであり、保険制度の機能強化や低所得者対策等に関する事項は含んでいない。また、東日本大震災の発生前の状況を足下としており、これに関連する様々な影響や復興の道筋に関連する事項も含んでいない。これらについては、別途考慮する必要がある。

(方法)

○ まず、現在の性・年齢階級別のサービス利用状況をそのまま将来に投影したケース（現状投影シナリオ）におけるサービスごとの利用者数や単価等を作成。次に、これから、一定の改革シナリオに基づきサービス利用状況や単価等を変化させたケース（改革シナリオ）を作成。費用総額については、経済前提等を踏まえて設定した伸び率を乗じて推計。

【改革のシナリオの概要】

改革シナリオ：一般病院について、急性期と亜急性期・回復期等とに機能分化、医療資源を集中投入。また、亜急性期や回復期のリハビリテーションなどについて、状態に応じた適切な設備・人員配置。さらに、居住系サービス、在宅医療・介護サービスの充実などを盛り込み。

※ 主に一般病院の機能分化の進捗度について、2通りのシナリオを設定（パターン1、パターン2）

医療・介護に係る長期推計

(主にサービス提供体制改革に係る改革について)

平成23年 6月

1. 趣旨等	3
2. 改革の考え方	5
3. 人口・経済前提等	12
4. 結果	14
(参考1) 足下の計数整理等	40
(参考2) 改革の具体的シナリオ	44
(参考3) 医療の伸び率の補足	52

医療・介護費用推計の基本的な考え方

$$\text{費用総額 (各目録)} = \text{需要/供給 (サービスごとの利用者数/提供体制等)} \times \text{単価 (利用者等単位当額 (現状の医療水準ベース))} \times \text{伸び率 (経済成長や医療の高度化等要因)}$$

【需要/供給、単価、伸び率の考え方】

現状投影シナリオ

(現状の年齢階級別・サービス類型別利用状況がそのまま続いたとした場合の推計)

需要：現状の医療・介護のサービス提供に関する課題が解決されないまま今後も推移していくシナリオ
 供給：上記のように仮定した需要に見合うよう、現状と同水準で各サービスの供給が行われるとした場合を仮定
 単価：現在の各サービスにおける単位当たり費用（例えば入院1日当たり費用）が継続とした場合を仮定
 伸び率：経済成長（賃金や物価の上昇等に対処）や医療の高度化等による伸び率を設定

改革シナリオ

(現状と集中により、医療・介護サービスのありさまを踏まえた場合のシミュレーション)
 需要：急性期の重点化、亜急性期・慢性期の充実、在宅医療・介護の強化など、各種サービス提供体制の改革を前提として、疾病や状態像にふさわしい医療・介護のサービスを受けたとした場合における、各サービスごとの利用の基込み（サービスごとの需要について、人口増減及び人口構造の高齢化による変化に加え、提供体制の改革を織り込んだもの）
 供給：疾病や状態像にふさわしい医療・介護を適用することができるようなサービス提供体制の改革・整備が行われることを仮定
 単価：急性期病院における人員配置の重点化、亜急性期・回復期・慢性期や精神科の人員強化など、各サービス提供体制の改革を踏まえた各サービスの単位当たり費用を設定
 伸び率：現状投影シナリオと同様

本推計では、年齢階級別人口×同一人当たり医療費 による方法に比べて、提供体制改革の政策効果を適切に反映しやすく、居住数やマンパワー等供給量の推計を行いやすい方法（社会保障国民会議で使用された方法）を使用。

2. 改革の考え方

(医療・介護提供体制に関する問題認識)

- 現状は、医療・介護を担う人材が不足・偏在し、医療・介護の提供体制の機能分化が不十分であり、連携も不足している。医療・介護ニーズに対して、必ずしも効率的で最適なサービス提供体制とはなっていない。一方で過剰需要（供給誘発需要や必要性の低い需要）が生じ、他方で必要なサービスが十分には提供されていないとの指摘もある。

【課題の例】

- ・ 医療・介護を担う人材の不足・偏在と、不十分な機能分化・・・離外域に比べても多い人口当たり病床数・少ない病床当たり職員数、長い在院日数（医療密度の薄さと表裏）、救急医療等の課題
- ・ 居住系サービス不足、在宅医療・介護サービス不足、医療・介護サービスの連携不足
- ・ 生活習慣病予防等の進捗による健康度の向上、ICTの活用によるサービス提供の効率性向上など

(目指すべき改革の方向性)

- 概ね今後15年間で（平成37(2025)年頃までに）、現在指摘されている課題を解決し、機能分化と連携により、重層的・一体的に住民を支える医療・介護サービス体系を構築。

【改革の具体的な方向性】

- ・ 医師確保、介護職員等の人材確保と質の向上
- ・ 病院・病棟の機能分化・強化、専門職間の協働と役割分担
- ・ 在宅医療体制の強化・地域包括ケアシステムの確立
- ・ 認知症ケアに対する体制の強化、介護予防・重症化予防 など

【改革による国民のQOLの向上】

- ・ 急性期医療における医療資源の集中投入、重症期・回復期や慢性期におけるケアやリハビリ、地域移行支援等の機能強化とサービス向上による、回復・地域生活への復帰の進捗の促進
- ・ 居住系サービスや在宅医療・介護サービスの充実、医療・介護の連携強化による、ニーズに応じた医療・介護サービスを一体的に受ける地域ケア体制の整備

具体的な改革のイメージ(パターン1)

(医療・介護ニーズ)		(平成37(2025)年頃までの改革とその効果に関する仮定)
医療病棟	高度急性期(約2割)	◇医療資源の集中投入により、平均在院日数2割程度短縮。減少するニーズは、重症期・回復期リハ等、早期の退院(在宅・外来)
	一般病棟(10割)	◇医療資源の集中投入により、平均在院日数3割程度短縮。減少するニーズは、重症期・回復期リハ等、早期の退院(在宅・外来)
	重症急性期・回復期リハ等(約3割)	◇機能強化により、平均在院日数2割程度短縮。減少するニーズは、医療資源・介護サービス、早期の退院(在宅・外来)
介護施設	長期療養(慢性期)	◇医療区分1は介護、2・3は医療
	精神病棟	◇機能に応じた体制の充実やアウトリーチ(訪問支援)等の推進により、平均在院日数1割程度短縮。入院も2割程度減少。減少するニーズは、アウトリーチ(訪問支援)、早期の退院(在宅・外来)、介護サービスの利用
在宅・外来	特養	◇施設利用は中重度中心でユニットケアが普及、各要介護度の認定者の施設利用割合も若干低下
	老健+介護療養	◇施設利用は中重度中心でユニットケアが普及、各要介護度の認定者の施設利用割合も若干低下
居住系(介護)	在宅医療	◇グループホームについては、約37万人分を確保(小規模多機能等の在宅サービスと合わせて認知症に相当程度対応できる水準)
	介護	◇在宅医療・訪問看護の充実(利用者の大増進)、ICTの活用等の取り組みにより、医師・看護師や介護士の確保、ICTの活用等(グループホームと同旨)。また、24時間対応の定期巡回・随時対応サービス及び訪問看護を充実
在宅・外来	介護	◇比較的中重度や認知症等のケースで、さらにサービス利用が進むものと仮定(小規模多機能については、約40万人分を確保(グループホームと同旨)。また、24時間対応の定期巡回・随時対応サービス及び訪問看護を充実)
	介護	◇介護予防等リスクを軽減する取り組みにより要介護者等が3割程度減少

※ 家や医療機関等に係る機能強化として伸び率として示す(医療の伸び率サービス0の場合) (4)
 (現状の伸び率でも伸び込み、後述の伸び率については、設定した伸び率に、最近の伸び率の割合が含まれている。)
 地域連携推進のために医師等の増員(○)、介護職員の増員(△)を仮定(◇)

別案(パターン2)

- ・ 急性期医療(運行一般病棟の7割程度)を、さらに、高度急性期(同2割程度)、一般急性期(同3割程度)、重症急性期(同5割程度)の3つに区分し(パターン1よりも一般急性期の割合を絞り込み)、機能分化と強化を図る。
- ・ また、運行一般病棟の長期入院を、長期療養ニーズとして、運行の医療資源とあわせて、慢性期として整理。

医療病棟	(医療・介護ニーズ)		パターン2の整理 (パターン1と同じ)	(平成37(2025)年頃までの改革とその効果に関する仮定) (パターン1と同じ)
	高度急性期(約2割)	一般急性期(約3割)		
介護施設	一般病棟(10割)	一般急性期(約3割)	◇医療資源の集中投入により、平均在院日数33%程度短縮。減少するニーズは、重症期・回復期リハ等、早期の退院(在宅・外来)	◇医療資源の集中投入により、平均在院日数2割程度短縮。減少するニーズは、医療資源・介護サービス、早期の退院(在宅・外来)
	重症急性期・回復期リハ等(約3割)	重症急性期・回復期リハ等(約3割)	◇機能強化により、平均在院日数2割程度短縮。減少するニーズは、医療資源・介護サービス、早期の退院(在宅・外来)	
	長期療養(慢性期)	長期療養(慢性期)	◇運行一般病棟の長期入院については、重症期・回復期その他と同様	
在宅・外来	精神病棟	長期療養(慢性期)	◇運行医療資源にあつては、医療区分1は介護、2・3は医療	◇運行医療資源にあつては、在宅医療の推進、機能強化等を促進し、平均在院日数1割程度短縮
	特養	長期療養(慢性期)	◇運行医療資源にあつては、医療区分1は介護、2・3は医療	
居住系(介護)	老健+介護療養	長期療養(慢性期)	◇運行医療資源にあつては、医療区分1は介護、2・3は医療	(パターン1と同じ)
	医療	長期療養(慢性期)	◇運行医療資源にあつては、医療区分1は介護、2・3は医療	
在宅・外来	介護	長期療養(慢性期)	◇運行医療資源にあつては、医療区分1は介護、2・3は医療	(パターン1と同じ)
	介護	長期療養(慢性期)	◇運行医療資源にあつては、医療区分1は介護、2・3は医療	

※ パターン1における ※ と同じ。

(参考)改革シナリオにおける主な充実・重点化・効率化要素(2025年)

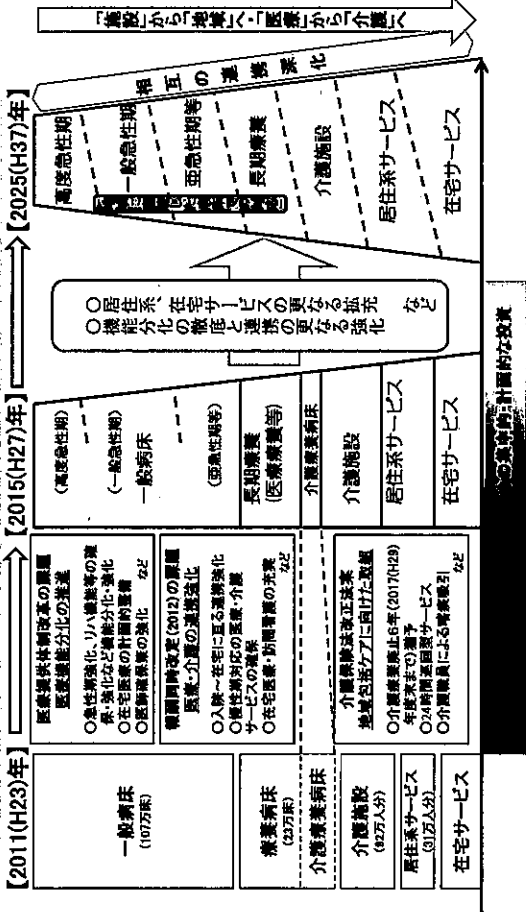
充実	2025年	
充実	急性期医療の改革 (医療資源の集中投入等)	高度急性期の職員数 2倍程度増(標準 約1.5倍) (運行一般病棟平均対比でみた場合) 一般急性期の職員数 6割程度増(標準 約1.5倍) (") 重症急性期・回復期リハ等の職員 コマナシを中心とした3割程度の増(標準15%程度増)
	長期療養・精神病棟の改革 (医療資源の集中投入等)	精神病棟の職員 コマナシを中心とした3割程度の増(標準5%程度増) 在宅医療・在宅介護の推進等 約25万人/日分程度増加(現状約10万人/日分) 在宅医療・在宅介護の推進等 約10万人/日分程度増加(現状約5万人/日分) 在宅医療・在宅介護の推進等 約15万人/日分程度増加
	在宅医療・在宅介護の推進等 (地域から在宅・地域へ、認知症への対応)	在宅医療・在宅介護の推進等 約15万人/日分程度増加 在宅医療・在宅介護の推進等 約15万人/日分程度増加
	医療・介護資源の増加	在宅医療・在宅介護の推進等 約15万人/日分程度増加 在宅医療・在宅介護の推進等 約15万人/日分程度増加
	その他サービスにおける充実 (在宅・介護の連携強化など)	在宅医療・在宅介護の推進等 約15万人/日分程度増加 在宅医療・在宅介護の推進等 約15万人/日分程度増加
重点化・効率化	急性期医療の改革 (平均在院日数の短縮等)	高度急性期 : 平均在院日数 15~16日程度 一般急性期 : 平均在院日数 9日程度 重症急性期・回復期リハ等 : 平均在院日数 80日程度 (パターン1の場合) (運行一般病棟についてみると、平均在院日数19~20日程度(急性期15日程度(高度急性期19~20日程度、一般急性期13~14日程度)、重症急性期等75日程度)とみられる。)
	長期療養・精神病棟の改革 (平均在院日数の短縮等)	在宅医療・在宅介護の推進等 約15万人/日分程度増加 在宅医療・在宅介護の推進等 約15万人/日分程度増加
	在宅医療・在宅介護の推進等 (地域から在宅・地域へ)	在宅医療・在宅介護の推進等 約15万人/日分程度増加 在宅医療・在宅介護の推進等 約15万人/日分程度増加
	在宅医療・在宅介護の推進等 (地域から在宅・地域へ)	在宅医療・在宅介護の推進等 約15万人/日分程度増加 在宅医療・在宅介護の推進等 約15万人/日分程度増加
	在宅医療・在宅介護の推進等 (地域から在宅・地域へ)	在宅医療・在宅介護の推進等 約15万人/日分程度増加 在宅医療・在宅介護の推進等 約15万人/日分程度増加

※ 家や医療機関等に係る機能強化として伸び率として示す(医療の伸び率サービス0の場合) (4)
 (現状の伸び率でも伸び込み、後述の伸び率については、設定した伸び率に、最近の伸び率の割合が含まれている。)
 地域連携推進のために医師等の増員(○)、介護職員の増員(△)を仮定(◇)

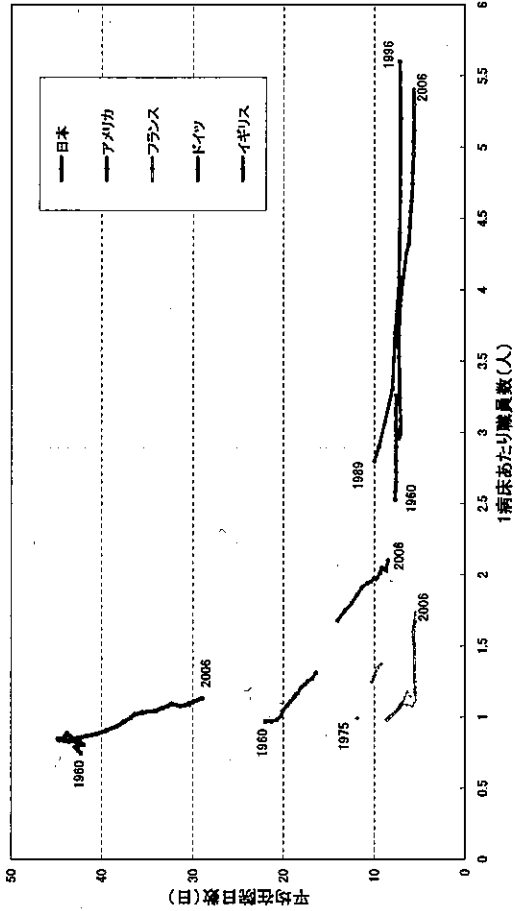
将来像に向けての医療・介護機能再編の方向性イメージ

○ 病院・病院機能の役割分担を定めてより効率的・効果的な体制構築を推進するため、「高度急性期」、「一般急性期」、「重症急性期」など、ニーズに合わせた機能分化・集約化と連携強化を図る。併せて、地域の事情に応じて幅広い医療を担う役割もあつて、新たな体制を段階的に構築する。医療機能の分化・集約化と効率化の推進によって、高齢化に伴い増大するニーズに対応しつつ、既存の病院レベルの下でより高機能の体制構築を目指す。

○ 医療ニーズの状況により、医療・介護サービスの適切な機能分担するとともに、居住系、在宅サービスを充実する。



(参考)平均在院日数と1病床当たり職員数～各国の状況～



3. 人口・経済前提等

- 国立社会保障・人口問題研究所「将来推計人口(平成18年12月推計)」における、出生高、死亡中位の仮定に基づく人口を仮定。
- 平成35(2023)年度までは、内閣府「経済財政の中長期試算(平成23年1月)」の「慎重シナリオ」に準拠、平成36(2024)年度以降は平成35(2023)年度と同じとした場合を仮定。
- 医療・介護費用の伸び率)
 - 本試算では、まず足下の性・年齢階級別の医療・介護サービス利用状況を将来の人口に適用して需要を推計するので、人口増減や人口構造の高齢化の影響はここで織り込まれる。
 - これらとは別に織り込む伸び率として、医療については経済成長に対応して伸びる部分と医療の高度化等により伸びる部分(いわゆる自然増)、介護については経済成長に対応して伸びる部分を仮定する必要がある(経済前提や近年の医療費の動向等に基づき仮定)。

【医療】
 ケース①：医療の高度化等による伸び率(A) + 経済成長に対応した改定の要素(B)
 要素B：医療・介護費用に占める効用化要素(C)
 (A) 医療の高度化等による伸び率：近年の動向等から年率1.9%程度と仮定
 (B) 経済成長に対応した改定の要素：当該年度の名目経済成長率の3分の1程度と仮定
 (C) 要素Bに占める効用化要素：年率0.1%程度と仮定

【介護】
 ケース②：賃金上昇率と物価上昇率の平均+0.7%程度
 賃金上昇率と物価の上昇率とを、概ね65:35で加重平均

医療・介護の提供体制の将来像の例



経済前提 (案)

平成35(2023)年度までの経済前提については、内閣府「経済財政の中長期試算(平成23年1月)」の「慎重シナリオ」に準拠、平成36(2024)年度以降は平成35(2023)年度と同じとした場合。

	H22 2010	H23 2011	H24 2012	H25 2013	H26 2014	H27 2015	H28 2016	H29 2017	H30 2018	H31 2019	H32 2020	H33 2021	H34 2022	H35 2023 ～
各目録率 成長率(%)	1.1	1.0	1.3	1.3	1.5	1.3	1.5	1.8	1.8	2.0	1.8	1.7	1.8	1.7
賃金上昇率(%)	0.2	0.4	1.8	1.8	1.8	1.8	2.1	2.7	2.9	3.1	2.8	2.4	2.6	2.5
物価上昇率(%)	-0.6	0.0	0.5	0.7	0.8	1.0	1.0	1.0	1.0	1.1	1.1	1.2	1.2	1.2

(注) 社会保険料率における推計は各分野における改革の方向性を示した上で、それに沿った適用率等を推計するものである。また、経済情勢によって改革の方向性は大きく変わらないうえ、社会保険料率の推計については経済財政の中長期試算の取組方針を参照せよ。所与の前提(外生変数)として推計に用いることとした。

4. 結果

【ニーズとサービス提供】

- 現状投影シナリオでは、平成23(2011)年度に80万人/日程度の病院・診療所の一般病床(急性期入院)における患者数が、平成37(2025)年度には100万人/日程度となる。入院全体では130万人/日程度から160万人/日程度へと増加。この入院ニーズに対応するためには、現状の病床区分と病床稼働率を前提とすれば、現在の一般病床は110万床程度から130万床程度に、病床総数は170万床程度から200万床程度に増加する計算となる。
- しかし、医療の機能分化と機能強化(病床当たり医療資源投入の増加、在宅医療や在宅ケアの充実等)を行い、平均在院日数の大幅短縮を実現すると(改革シナリオ)、平成37(2025)年度の急性期入院の患者数は70~80万人/日程度、入院全体では130万人/日程度となり、現状と同程度の概ね160万床程度の病床で、増大する医療ニーズに対応することができると計算となる。
- 介護については、急速な高齢化や医療の効率化に伴って、施設・居住系、在宅にもニーズが増大するが、施設への入所を重症者中心とし、居住系、小規模多機能や定期巡回・随時対応サービス充実させることで、平成37(2025)年度に600万人/日を超える介護ニーズについて、施設130万人/日程度、居住系60万人/日程度、小規模多機能や定期巡回・随時対応等も含む在宅介護で460万人/日程度のケアが行われることとなる。
- こうした医療・介護サービスに対応するために必要な人員は、平成37(2025)年度において、医師30~34万人程度、看護職員180~210万人/日程度、介護職員230~240万人/日程度、その他OT、PTなどのコマディカル、看護補助者、介護支援専門員、相談員、事務職員等を合わせて、全体で700万人規模となる。

【費用と財源】

- 平成23(2011)年度の医療・介護の費用は、合わせて48兆円程度、対GDP比は9.8%程度、財源の内訳(対GDP比)は、保険料4.7%、公費3.9%、自己負担1.3%となっている。医療・介護の提供体制に係る機能強化と効率化を同時に進めた場合、平成37(2025)年度には、在宅ケアなどの介護サービスを中心に、現状投影シナリオに比べて改革シナリオの方が費用が大きくなり、保険料6.0~6.1%、公費5.9%、自己負担1.6%となっている。
- 平成23(2011)年度からの公費負担の対GDP比の变化分について、仮に消費税率1%が概ねGDP比0.5%程度に相当すると仮定して消費税率に換算すると、平成27(2015)年度1%程度、平成37(2025)年度3~4%程度に相当する計算となる。
- また、同じく公費負担の対GDP比の变化分について、仮に現在の所得税総額が概ねGDP比2.8%に相当すると仮定して所得税に換算すると、現在の所得税の水準に対して、平成27(2015)年度は約2割程度、平成37(2025)年度は約6~8割程度に相当する計算となる。

【留意点その他】

- 本試算の足下には東日本大震災の影響を織り込んでいない。今後の経済前提等をはじめ、本来、相当程度の影響があるものと考えられる。
- 本試算は、相当大胆な仮定をおいて行っているものであり、結果は相当程度の幅をもってみる必要がある。
- 本試算は、社会保険国民会議の医療・介護シミュレーションを考え方等の基礎とした。
なお、仮定の置き方が異なる主な点は以下の通り。
- ・ 医療ニーズの推計に際し、社会保険国民会議のシミュレーションでは織り込まれていなかった精神科入院の改善(平均在院日数短縮、入院数減少)や高齢患者における平均在院日数の短縮を織り込み、また、急性期についても、平均在院日数の短縮に伴う入院ニーズの減少の半分程度は早期の転院により在宅医療・外来に切り替わるものと仮定したこと。
- ・ 介護ニーズの推計に際し、上記の様に入院から在宅医療・外来への切り替わりを多めに算込んだことや医療における集約策としての新たな調子を基礎として推計したこと等により、医療から介護施設に移行する者が少なめとなり、結果として改革後の介護施設ニーズも少なめとなったこと。また、社会保険国民会議のシミュレーションでは、施設・居住系を65歳以上人口の5%程度稼働することを仮定し、特定施設の大規模な増加を見込んでいたが、本推計では、要介護者としてサービス付高齢者住宅等も考慮し、在宅の増加を織り込み等により、平成37(2025)年度に要介護者が現状投影シナリオに比べて3%程度減少することを仮定したこと。
- ・ 介護職員の賃金が平成21年度からの推定で月4万円増となるよう引き上げたこと。(平成21年度介護報酬改定で既に0.9万円引き上げられていることから、計算上用増りの月3.1万円引き上げている。)
- ・ 人口増減・高齢化による需要の変化とは別に増り及び医療の伸び率の、ケース①(B)の推定(経済成長率の1/3程度を伸び率に反映させる部分)について、統計上は概ね5年前の経済成長率との強い相関が確認されているものの、今回を平成20(2008)年秋以降の大幅なマイナス成長(平成20(2008)年度Δ4.2%、平成21(2009)年度Δ3.7%)の影響を除く観点から、当年度の経済成長率の1/3程度を伸び率に反映させるモデルを設定したこと。
- ・ 仮に、5年前の経済成長率を継続的に適用すると、本試算における医療の伸び率ケース①の場合の医療費の名目額は、平成27(2015)年度で3.9%程度、平成37(2025)年度で4.4%程度減少する計算となる。(医療の伸び率ケース②には影響しない。)

○ 本試算（医療部分）と厚生労働省が平成22（2010）年10月の高齢者医療制度改革会議に提出した「医療費等の将来見通し及び財政影響試算」（以下、改革会議試算）との関係は次の通り。

（基本的考え方）

- ・ 本試算では、サービス提供体制改革を前提としていることから、その影響をみるため医療費の推計において「現状をそのまますべてに当てはめた現状投影シナリオ」と「サービス提供体制改革を前提とした改革シナリオ」を推計している。
- ・ また、サービス提供体制改革の効果を織り込むとともに病床数やマンパワー等の推計も行うために、病床の種類別等の利用者数の将来見通しを基礎に推計している。
- ・ 一方、改革会議試算では、サービス提供体制改革を前提としていなかったため、医療費の推計においては「過去の傾向を将来に投影したもの」を推計している。
- ・ また、高齢者医療制度改革による各医療保険制度の財政影響をみることを目的としていたため、医療保険制度別の加入者数の将来見通しを基礎に推計している。

（経済成長の仮定）

・ 本試算では、給付や負担のGDP比率等をみるため、経済成長率などの前提を置き、経済成長等の医療費に与える影響を見込んでいます。改革会議試算の基本的ケースでは、経済成長の仮定を置き、診療報酬改定もない場合を推計している。なお、改革会議試算においては機械的に名目経済成長率3%、診療報酬改定1%とした場合を参考試算として示している。

（機能強化と平均在院日数の短縮の関係についての仮定、伸び率の設定）

- ・ 改革会議試算では、平成17（2005）～21（2009）年度の医療費の実績から、高度化等による医療費の伸び率を1.5%程度としているが、この伸び率は、算定期間の平均在院日数の短縮の影響が含まれている。すなわち、近年の平均在院日数の短縮傾向とその効果が将来も続くとの仮定をおいたもの。
- ・ 一方、本試算では、平均在院日数の短縮等がないと仮定した現状投影シナリオを基礎に、機能強化等を織り込む改革シナリオを推計していることから、改革会議で用いた医療費の伸び率(1.5%)から平均在院日数の短縮等の影響を除去した1.9%を高度化等による医療費の伸び率として用いている。

（参考）国民医療費の伸びの要因別内訳

今回の試算・・・2011～2025年度の伸び率

医療の伸び率：ケース①	現状投影シナリオ		医療の高度化等	診療報酬改定等	高齢化の影響	人口の減少	提供体制の異動等
	伸び率	伸び率					
医療の伸び率：ケース②	現状投影シナリオ	3.2%	1.9%	0.4%	1.1%	△0.3%	—
	改革シナリオ	3.3%					
医療の伸び率：ケース③	現状投影シナリオ	3.2%	2.4%	—	—	—	0.1%
	改革シナリオ	3.3%					
医療の伸び率：ケース④	現状投影シナリオ	3.2%	—	—	—	—	0.0%

※医療費の伸び率は、平成17(2005)～21(2009)年度の医療費の実績を基に1.5%と仮定。この平均在院日数の短縮等による伸び率(1.5%)を除去した1.9%とする。また、診療報酬改定による影響は0.4%と仮定。人口の減少による影響は0.3%と仮定。提供体制の異動等による影響は0.1%と仮定。

高齢者医療制度改革会議試算

高齢者医療制度改革会議試算・・・2011～2025年度の伸び率(仮定)

伸び率	伸び率	伸び率	伸び率	伸び率
基本ケース	2.5%	1.5%	0.5%	1.5%
参考試算	3.3%	1.9%	0.5%	1.5%

改革シナリオ(パターン1)による結果

医療・介護サービスの需要と供給(1日当たり利用者数等)の見込み

パターン1	平成23年度(2011)		平成27(2015)年度		平成37(2025)年度	
	現状投影シナリオ	改革シナリオ	現状投影シナリオ	改革シナリオ	現状投影シナリオ	改革シナリオ
高度急性期	80万人/日	16万人/日	86万人/日	16万人/日	97万人/日	16万人/日
一般急性期	80万人/日	39万人/日	86万人/日	39万人/日	97万人/日	33万人/日
亜急性期・回復期等	80万人/日	27万人/日	86万人/日	27万人/日	97万人/日	31万人/日
(急性期小計)	(80万人/日)	(82万人/日)	(86万人/日)	(82万人/日)	(97万人/日)	(79万人/日)
長期療養(慢性期)	21万人/日	21万人/日	24万人/日	21万人/日	31万人/日	25万人/日
精神療養	31万人/日	29万人/日	32万人/日	29万人/日	34万人/日	24万人/日
(入院小計)	(133万人/日)	(133万人/日)	(143万人/日)	(133万人/日)	(162万人/日)	(129万人/日)
介護施設	92万人/日	106万人/日	115万人/日	106万人/日	161万人/日	171万人/日
特養	48万人/日	57万人/日	61万人/日	57万人/日	86万人/日	72万人/日
老健(老健+介護療養)	44万人/日	49万人/日	54万人/日	49万人/日	75万人/日	69万人/日
(入院・介護施設小計)	(225万人/日)	(238万人/日)	(257万人/日)	(238万人/日)	(328万人/日)	(260万人/日)
居住系	31万人/日	38万人/日	38万人/日	38万人/日	52万人/日	61万人/日
特定施設	15万人/日	18万人/日	18万人/日	18万人/日	25万人/日	24万人/日
グループホーム	16万人/日	20万人/日	20万人/日	20万人/日	27万人/日	37万人/日
在宅介護	304万人/日	342万人/日	342万人/日	352万人/日	434万人/日	449万人/日
うち小規模多機能	57万人/日	67万人/日	67万人/日	70万人/日	89万人/日	90万人/日
うち定期巡回・随時対応	—	—	—	1万人/日	—	—
(居住系・在宅介護小計)	(335万人/日)	(380万人/日)	(380万人/日)	(391万人/日)	(486万人/日)	(510万人/日)
うちGH・小規模多機能	(21万人/日)	(26万人/日)	(26万人/日)	(30万人/日)	(35万人/日)	(37万人/日)
外来・在宅医療	794万人/日	812万人/日	812万人/日	807万人/日	828万人/日	809万人/日
うち在宅医療等	17万人/日	19万人/日	19万人/日	23万人/日	20万人/日	29万人/日
上記利用者(重複あり)	(1359万人/日)	(1449万人/日)	(1436万人/日)	(1436万人/日)	(1637万人/日)	(1580万人/日)
(参考)総人口	1億2729万人	1億2623万人	1億2623万人	1億2623万人	1億2157万人	1億2157万人

パターン1	平成23年度 (2011)	現状投影シナリオ	平成27(2015)年度	改革シナリオ
	【一般病床】 107万床 75%程度 19~20日程度	【一般病床】 114万床 75%程度 19~20日程度	【高急性性期】 22万床 73~74%程度 22~27日 18~19日程度	【高急性性期】 22万床 73~74%程度 22~27日 18~19日程度
高度急性性期	107万床 75%程度 19~20日程度 1997/1月	114万床 75%程度 19~20日程度	【一般急性性期】 53万床 73~74%程度 12日程度 197/1月	【一般急性性期】 40万床 73~74%程度 12日程度 197/1月
一般急性性期	107万床 75%程度 19~20日程度	114万床 75%程度 19~20日程度	【重急性性期等】 34万床 70~80%程度 10~11日程度 112/1月	【重急性性期等】 25万床 70~80%程度 10~11日程度 112/1月
慢性急性性期・回復期リハ等	107万床 75%程度 19~20日程度	114万床 75%程度 19~20日程度	23万床、91%程度 150日程度	23万床、91%程度 150日程度
長期療養(慢性期)	23万床、91%程度 150日程度	27万床、91%程度 150日程度	33万床、90%程度 291~292日程度	33万床、90%程度 291~292日程度
精神科病床	35万床、90%程度 300日程度	36万床、90%程度 300日程度	165万床、80%程度 28~29日程度	165万床、80%程度 28~29日程度
(入院小計)	166万床、80%程度 30~31日程度	178万床、80%程度 30~31日程度	165万床、80%程度 28~29日程度	165万床、80%程度 28~29日程度
介護施設	92万人分 48万人分 44万人分	115万人分 61万人分 54万人分	106万人分 57万人分 40万人分	106万人分 57万人分 40万人分
老老(老老+介護施設)	48万人分 44万人分	61万人分 54万人分	57万人分 40万人分	57万人分 40万人分
居住系	31万人分 15万人分 16万人分	38万人分 18万人分 20万人分	38万人分 18万人分 20万人分	38万人分 18万人分 20万人分
特定施設グループホーム	16万人分	16万人分	20万人分	20万人分

(注1) 平成27(2015)年度に算入する。平成27(2015)年度に算入しない。平成27(2015)年度に算入しない。平成27(2015)年度に算入しない。
 (注2) この改革シナリオは、別に、平成27(2015)年度に算入しない。平成27(2015)年度に算入しない。平成27(2015)年度に算入しない。
 (注3) 病床数に算入しない。平成27(2015)年度に算入しない。平成27(2015)年度に算入しない。

医療・介護サービスごとの単価の見込み

パターン1	平成23年度 (2011)	現状投影シナリオ	平成27(2015)年度	改革シナリオ
	【一般病床】 約129万円/月	【一般病床】 約129万円/月	【一般病床】 約199万円/月 約145万円/月 約104万円/月	【一般病床】 約191万円/月 約129万円/月 約115万円/月
高度急性性期	約129万円/月	約129万円/月	約199万円/月 約145万円/月 約104万円/月	約191万円/月 約129万円/月 約115万円/月
一般急性性期	約129万円/月	約129万円/月	約199万円/月 約145万円/月 約104万円/月	約191万円/月 約129万円/月 約115万円/月
慢性急性性期・回復期等	約53万円/月	約53万円/月	約59万円/月 約49万円/月	約52万円/月 約31万円/月 約32万円/月
精神科病床	約47万円/月	約47万円/月	約49万円/月	約52万円/月 約31万円/月 約32万円/月
介護施設	約29万円/月 約32万円/月	約29万円/月 約32万円/月	約29万円/月 約32万円/月	約29万円/月 約31万円/月 約32万円/月
老老(老老+介護施設)	約18万円/月 約28万円/月	約18万円/月 約28万円/月	約20万円/月 約28万円/月	約20万円/月 約28万円/月 約30万円/月
居住系	約11万円/月	約11万円/月	約13万円/月	約11万円/月 約11万円/月
特定施設グループホーム	約11万円/月	約11万円/月	約13万円/月	約11万円/月 約11万円/月
在宅介護	約11万円/月	約11万円/月	約13万円/月	約11万円/月 約11万円/月
外来・在宅医療	約11万円/月	約11万円/月	約13万円/月	約11万円/月 約11万円/月
外来等在宅医療等	約32万円/月	約32万円/月	約32万円/月	約32万円/月 約32万円/月

(注1) 介護の単価は、介護には介護施設と在宅介護の単価を算入している。
 (注2) 外来等の単価は、介護には介護施設と在宅介護の単価を算入している。

(注1) 人数(人/日)は、1日当たりの各サービスの利用者数の計算である。具体的には、入院や入所はある日の入院・入所者数、外来・在宅医療を受ける日に外来・在宅医療を受けた患者数(通院等)としている日に医療機関にアタリしていない者が含まない。)である。在宅介護と在宅医療(外来・在宅医療)の内数のように表示しているものは、ある月に在宅サービスを受給したものをベースに計算したものである。介護施設の在宅サービスは、基本的に受給者に作られるケアプランに基づいて提供されるので、ある日における在宅サービスのプランをもっている者と考える。)。

(注2) 入院患者数、外来患者数、介護者数、介護費用の動向(MEDIAS)(厚生労働省)による年間受診延日数に基づき、単位医療サービスの単価を算出している。具体的には、入院患者数は総数が年間受診延日数の概ね365分の1となるよう設定。外来患者数は年間受診延日数の概ね270分の1(平日を1日、祝祭日以外の土曜日を0.5日と仮定して計算)した場合の医療機関の1年間の稼働日数に相当)となるよう設定している。

※ 社会保険制度等の医療・介護サービスには、この表に相当する数の医療機関による単価を算出している。また、本表計の外に、在宅医療の単価の算出に必要(費用削減)に相当する単価を算出している。また、在宅介護は、表中の数値(12月)を乗じることで概ね年間延べ受給者数に相当することとなる(概ね年間延べケアプラン数に相当するといえる見方も可能)。

(注3) 外来・在宅医療は、予防・連携・ICTの活用等による受診の効率化、として現状を投影して推計した。医療科外来患者数の減少を5%程度見込む一方、医療機関や介護施設から在宅に移る者の数を外来・在宅医療の1日当たり患者数に換算して加えたものである。

(注4) 感染症等の病床は入院小計に含み、歯科に係る患者数は外来・在宅医療に含む。

(注5) 介護については、施設サービスの重点化、居住系や在宅サービス等の充実等のほか、各種予防への取り組み等が必要となるリスクリスクを軽減する取り組みにより、施設・在宅等を通じて介護者・サービス利用者が増える改革シナリオでは平成27(2015)年度には現状投影シナリオよりも3%程度減少することを見込んでいる。

(注6) 介護療養型病床は、平成29(2017)年度末に全て療養型の老人保健施設となり、単価は従来型の老人保健施設と同等と設定している。

医療・介護サービスの需要と供給(必要ベッド数)の見込み

パターン1	平成23年度 (2011)	現状投影シナリオ	平成37(2025)年度	改革シナリオ
	【一般病床】 107万床 75%程度 19~20日程度	【一般病床】 120万床 75%程度 19~20日程度	【高急性性期】 22万床 70%程度 15~16日程度	【高急性性期】 22万床 70%程度 16~16日程度
高度急性性期	107万床 75%程度 19~20日程度	120万床 75%程度 19~20日程度	【一般急性性期】 46万床 70%程度 9日程度	【一般急性性期】 35万床 70%程度 9日程度
一般急性性期	107万床 75%程度 19~20日程度	120万床 75%程度 19~20日程度	【重急性性期等】 35万床 90%程度 60日程度	【重急性性期等】 25万床 90%程度 60日程度
慢性急性性期・回復期リハ等	107万床 75%程度 19~20日程度	120万床 75%程度 19~20日程度	28万床、91%程度 135日程度	27万床、90%程度 270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	159万床、81%程度 24日程度	159万床、81%程度 25日程度
精神科病床	35万床、90%程度 300日程度	37万床、90%程度 300日程度	131万人分 72万人分 59万人分	131万人分 72万人分 59万人分
(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	61万人分 25万人分 27万人分	61万人分 25万人分 27万人分
介護施設	92万人分 48万人分 44万人分	115万人分 61万人分 54万人分	106万人分 57万人分 40万人分	106万人分 57万人分 40万人分
老老(老老+介護施設)	48万人分 44万人分	61万人分 54万人分	57万人分 40万人分	57万人分 40万人分
居住系	31万人分 15万人分 16万人分	38万人分 18万人分 20万人分	38万人分 18万人分 20万人分	38万人分 18万人分 20万人分
特定施設グループホーム	16万人分	16万人分	20万人分	20万人分

(注1) 医療については「1万床」はベッド数、「%」は平均滞在日数。「日」は平均滞在日数。「人/月」は平均滞在日数。
 (注2) 「一般急性性期」は、高度急性性期の1/6と一般急性性期の4/6を構成し、新規入院患者が平均75%減少し、平均滞在日数が平均20日程度となるものとし、算定。ここで、一般急性性期は、概ね105万~177万人程度の自然減に等しい(約100万人程度の減少)と見込んで算出している。

(参考) 財源(対GDP比)の平成23(2011)年度からの変化、シナリオ間の差等

パターン1	平成27(2015)年度				平成37(2025)年度			
	現状投影シナリオ		改革シナリオ		現状投影シナリオ		改革シナリオ	
	医療の伸び率 ケ-ス①	医療の伸び率 ケ-ス②	医療の伸び率 ケ-ス①	医療の伸び率 ケ-ス②	医療の伸び率 ケ-ス①	医療の伸び率 ケ-ス②	医療の伸び率 ケ-ス①	医療の伸び率 ケ-ス②
医療十介護	1.0	0.9	1.2	0.9	3.0	3.1	3.9	3.9
介護	0.4	0.3	0.5	0.3	1.1	1.1	1.4	1.4
公費	0.5	0.5	0.6	0.5	1.7	1.7	2.1	2.1
自己負担	0.1	0.1	0.1	0.1	0.2	0.2	0.3	0.3
医療	0.7	0.6	0.8	0.7	1.9	1.9	2.0	2.1
介護	0.3	0.2	0.3	0.3	0.6	0.6	0.7	0.7
公費	0.3	0.3	0.4	0.3	1.1	1.1	1.2	1.2
自己負担	0.1	0.0	0.1	0.1	0.1	0.1	0.2	0.2
介護	0.3	0.3	0.5	0.5	1.1	1.1	1.8	1.8
公費	0.2	0.2	0.2	0.2	0.6	0.6	0.7	0.7
自己負担	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.1	0.3	0.3
(参考) GDP NI			511 371		607 441			

(注)平成23(2011)年度からの変化分を表示している。また、改革シナリオの[]内は現状投影シナリオからの変化分を表示したものの、その他、費用の見込みに関する注を参照。

別案(パターン2)による結果

医療・介護サービスの需要と供給(1日当たり利用者数等)の見込み

パターン2	平成23年度 (2011)		平成27(2015)年度		平成37(2025)年度	
	現状投影シナリオ	改革シナリオ	現状投影シナリオ	改革シナリオ	現状投影シナリオ	改革シナリオ
高度急性期	129万床	75%程度	129万床	75%程度	129万床	75%程度
一般急性期	107万床	19~20日程度	107万床	19~20日程度	107万床	19~20日程度
慢性急性期及び 慢性急性期・回復期リハ等	152万床	15~16日程度	152万床	15~16日程度	152万床	15~16日程度
(急性期小計)	392万床	75%程度	392万床	75%程度	392万床	75%程度
長期療養(慢性期)	21万人/日	21万人/日	21万人/日	21万人/日	21万人/日	21万人/日
精神科床	31万人/日	31万人/日	31万人/日	31万人/日	31万人/日	31万人/日
(入院小計)	133万人/日	133万人/日	133万人/日	133万人/日	133万人/日	133万人/日
介護施設	92万人/日	92万人/日	92万人/日	92万人/日	92万人/日	92万人/日
特養	48万人/日	48万人/日	48万人/日	48万人/日	48万人/日	48万人/日
老健(老健+介護療養)	44万人/日	44万人/日	44万人/日	44万人/日	44万人/日	44万人/日
(入院・介護施設小計)	226万人/日	226万人/日	226万人/日	226万人/日	226万人/日	226万人/日
居住系 特定施設 グループホーム	31万人/日	31万人/日	31万人/日	31万人/日	31万人/日	31万人/日
在宅介護	15万人/日	15万人/日	15万人/日	15万人/日	15万人/日	15万人/日
在宅介護 うち小規模多機能 うち定期巡回・随時対応	304万人/日	304万人/日	304万人/日	304万人/日	304万人/日	304万人/日
(居住系・在宅介護小計)	335万人/日	335万人/日	335万人/日	335万人/日	335万人/日	335万人/日
外来・在宅医療	794万人/日	794万人/日	794万人/日	794万人/日	794万人/日	794万人/日
上記利用者(重複あり)	1363万人/日	1363万人/日	1363万人/日	1363万人/日	1363万人/日	1363万人/日
(参考)総人口	1億2729万人	1億2729万人	1億2623万人	1億2623万人	1億2577万人	1億2577万人

(注)パターン2に基く注を参照。

医療・介護サービスの需要と供給(必要ベッド数)の見込み

パターン2	平成23年度 (2011)		平成27(2015)年度		平成37(2025)年度	
	現状投影シナリオ	改革シナリオ	現状投影シナリオ	改革シナリオ	現状投影シナリオ	改革シナリオ
高度急性期	107万床	75%程度	129万床	75%程度	129万床	75%程度
一般急性期	107万床	19~20日程度	107万床	19~20日程度	107万床	19~20日程度
慢性急性期及び 慢性急性期・回復期リハ等	152万床	15~16日程度	152万床	15~16日程度	152万床	15~16日程度
長期療養(慢性期)	21万人/日	21万人/日	21万人/日	21万人/日	21万人/日	21万人/日
精神科床	31万人/日	31万人/日	31万人/日	31万人/日	31万人/日	31万人/日
(入院小計)	392万床	75%程度	392万床	75%程度	392万床	75%程度
介護施設	92万人/日	92万人/日	92万人/日	92万人/日	92万人/日	92万人/日
特養	48万人/日	48万人/日	48万人/日	48万人/日	48万人/日	48万人/日
老健(老健+介護療養)	44万人/日	44万人/日	44万人/日	44万人/日	44万人/日	44万人/日
(入院・介護施設)	226万人/日	226万人/日	226万人/日	226万人/日	226万人/日	226万人/日
居住系 特定施設 グループホーム	31万人/日	31万人/日	31万人/日	31万人/日	31万人/日	31万人/日
在宅介護	15万人/日	15万人/日	15万人/日	15万人/日	15万人/日	15万人/日
在宅介護 うち小規模多機能 うち定期巡回・随時対応	304万人/日	304万人/日	304万人/日	304万人/日	304万人/日	304万人/日
(居住系・在宅介護)	335万人/日	335万人/日	335万人/日	335万人/日	335万人/日	335万人/日
外来・在宅医療	794万人/日	794万人/日	794万人/日	794万人/日	794万人/日	794万人/日
上記利用者(重複あり)	1363万人/日	1363万人/日	1363万人/日	1363万人/日	1363万人/日	1363万人/日
(参考)総人口	1億2729万人	1億2729万人	1億2623万人	1億2623万人	1億2577万人	1億2577万人

(注)パターン2に基く注を参照。

(参考) 仮に、平成27(2015)年の各サービスの利用者数から機能的に病床数等を計算した場合

Table showing bed utilization projections from 2011 to 2025, categorized by service type (e.g., acute care, elderly care, nursing homes) and bed type (e.g., general acute, high-acuity, special care).

(注)パターン1に係る注を参照。

医療・介護サービスごとの単価の見込み

Table detailing estimated unit prices for various medical and nursing services, comparing current (2011) and projected (2015) scenarios.

(注)パターン1に係る注を参照。

マンパワーの必要量の見込み

Table showing projected manpower requirements for various roles (doctors, nurses, support staff) from 2011 to 2025, including current and reform scenarios.

(注)パターン1に係る注を参照。

医療・介護サービス費用の見込み

Table showing projected costs for various medical and nursing services, including current and reform scenarios, and related economic indicators like GDP.

(注)パターン1に係る注を参照。

パターン2	平成27(2015)年度		平成37(2025)年度	
	医療の伸び率 ケース①	医療の伸び率 ケース②	医療の伸び率 ケース①	医療の伸び率 ケース②
現状投資シナリオから改革シナリオへの差	+1.1 兆円(+0.2%)	+1.1 兆円(+0.2%)	+4.0 兆円(+0.7%)	+4.0 兆円(+0.7%)
【医療】	(計 +0.3 兆円増減) + 1.5 兆円増減 + 0.3 兆円増減 △ 1.1 兆円増減 △ 0.3 兆円増減	(計 +0.3 兆円増減) + 1.5 兆円増減 + 0.3 兆円増減 △ 1.1 兆円増減 △ 0.3 兆円増減	(計 +0.1 兆円増減) + 6.5 兆円増減 + 1.1 兆円増減 △ 5.9 兆円増減 △ 1.6 兆円増減	(計 +0.1 兆円増減) + 6.5 兆円増減 + 1.1 兆円増減 △ 5.9 兆円増減 △ 1.5 兆円増減
【介護】	(計 +0.8 兆円増減) + 0.5 兆円増減 + 0.1 兆円増減 △ 0.01 兆円増減 △ 0.1 兆円増減 △ 0.1 兆円増減 + 0.2 兆円増減	(計 +0.8 兆円増減) + 0.5 兆円増減 + 0.1 兆円増減 △ 0.01 兆円増減 △ 0.1 兆円増減 △ 0.1 兆円増減 + 0.2 兆円増減	(計 +3.9 兆円増減) + 0.8 兆円増減 + 0.2 兆円増減 △ 0.8 兆円増減 + 0.2 兆円増減 + 0.2 兆円増減 + 0.2 兆円増減 + 0.6 兆円増減 + 0.9 兆円増減	(計 +3.9 兆円増減) + 0.8 兆円増減 + 0.2 兆円増減 △ 0.8 兆円増減 + 0.2 兆円増減 + 0.2 兆円増減 + 0.6 兆円増減 + 0.9 兆円増減
【介護】	(計 +0.5 兆円増減) + 0.1 兆円増減 △ 0.01 兆円増減 △ 0.1 兆円増減 △ 0.1 兆円増減 + 0.2 兆円増減	(計 +0.5 兆円増減) + 0.1 兆円増減 △ 0.01 兆円増減 △ 0.1 兆円増減 △ 0.1 兆円増減 + 0.2 兆円増減	(計 +0.9 兆円増減) + 0.5 兆円増減 + 0.2 兆円増減 △ 0.8 兆円増減 + 0.2 兆円増減 + 0.2 兆円増減 + 0.6 兆円増減 + 0.9 兆円増減	(計 +0.9 兆円増減) + 0.5 兆円増減 + 0.2 兆円増減 △ 0.8 兆円増減 + 0.2 兆円増減 + 0.2 兆円増減 + 0.6 兆円増減 + 0.9 兆円増減

(注)パターン1に係る注を参照。

医療・介護サービス費用の財源(対GDP比)のごく粗い見込み

○ パターン1に係る記述を参照。

パターン2	平成27(2015)年度		平成37(2025)年度	
	現状投資シナリオ 医療の伸び率 ケース①	現状投資シナリオ 医療の伸び率 ケース②	現状投資シナリオ 医療の伸び率 ケース①	現状投資シナリオ 医療の伸び率 ケース②
医療十介護 (%増減)	9.8	10.8	12.8	12.9
保険料 (%増減)	4.7	5.1	5.8	5.8
公費 (%増減)	3.9	4.3	5.5	5.9
自己負担 (%増減)	1.3	1.4	1.5	1.6
医療 (%増減)	8.1	8.7	9.9	10.0
介護 (%増減)	2.9	3.2	4.0	4.9
公費 (%増減)	1.2	1.2	1.3	1.3
自己負担 (%増減)	1.8	2.2	2.9	3.5
介護 (%増減)	0.7	0.8	1.2	1.4
公費 (%増減)	0.9	1.1	1.6	1.8
自己負担 (%増減)	0.1	0.2	0.2	0.3
(参考) GDP NI	484 351	511 371	607 441	607 441

(注)パターン1に係る注を参照。

パターン2	平成27(2015)年度		平成37(2025)年度	
	現状投資シナリオ 医療の伸び率 ケース①	現状投資シナリオ 医療の伸び率 ケース②	現状投資シナリオ 医療の伸び率 ケース①	現状投資シナリオ 医療の伸び率 ケース②
医療十介護	1.0	0.9	1.2	1.1
保険料	0.4	0.3	0.5	0.4
公費	0.5	0.5	0.1	0.1
自己負担	0.1	0.1	0.1	0.1
医療	0.7	0.6	0.7	0.6
介護	0.3	0.2	0.3	0.2
公費	0.3	0.3	0.0	0.0
自己負担	0.1	0.0	0.1	0.1
介護	0.3	0.3	0.5	0.5
保険料	0.1	0.1	0.2	0.2
公費	0.2	0.2	0.1	0.1
自己負担	0.0	0.0	0.0	0.0
(参考) GDP NI	511 371	607 441	607 441	607 441

(注)パターン1に係る注を参照。

(参考1) 足下の計数整理等

足下の計数の整理等

○ 本推計では、平成22(2010)年度中までの各種実績統計及び平成23(2011)年度予算における医療・介護費用の見込み等を踏まえて計数を整理し、費用対効果の定式として示している。また、入院患者数等の計数整理に際して、ある日の入院患者数 × ある日の新入院(退)院患者数 × 平均在院日数 という関係式を使用する等、一定の計算上のモデル式を使用している。

(具体的な方法)

- 医療の、入院、入院外、入院外、病科等別の患者数や単価等
 - ・ 「医療費の動向」(厚生労働省、全数統計)における、平成21(2009)年度の入院外入院外の受診延日数、入院は365日で除すること、入院外は270日(平日を1、土曜日を0.5として算出)の医療機関の稼働日数(稼働日)で除すること、ある日の患者数を推計。医療費についても、同調査から平成21(2009)年度の医療費ベースの値を把握。
 - ・ 食や生活療養の費用は入院の費用に含め、薬品調剤医療費は「社会医療診療行為別調査」(厚生労働省)の処方せん発行枚数の比で病院、一般診療所及び歯科診療所の医療費に按分して加算、訪問看護医療費は同調査の訪問看護指し料等の算定回数及び病院及び診療所の医療費に按分して加算。
- 上記で作成した平成21(2009)年度医療費ベースの数値に、「医療費の動向」による平成22(2010)年度上半期の対前年同月比を乗じ、近年の動向を踏まえて平成22(2010)年度から平成23(2011)年度の患者数は横ばいと仮定し、医療費総額(国民医療費ベース)が平成23(2011)年度予算ベースの見込み値に一致するよう全体を修正。
- 一般病床、療養病床、精神科病床等の患者数、単価及び平均在院日数等の仮定については、「医療施設調査」「病院報告」「社会医療診療行為別調査」(いずれも厚生労働省)等から仮定。
- 介護の、施設・在宅別サービス利用者数や単価等
 - ・ 「介護施設調査報告書」及び「介護給付費調査報告書」(いずれも厚生労働省、全数統計)における、平成22(2010)年度中までの実績を踏まえて、施設・在宅別、要介護度別等のサービス別利用者数及び単価を仮定。
 - ・ 平成23(2011)年度までに行うこととされている施設の充実強化策(年度末までに施設、居住系の定員数の16万人分増加分)については、予定通りに進むことを前提として施設利用者数等を推計し、平成23(2011)年度予算ベースの介護費用に一致するよう全体を修正。

- 将来推計の現状推計シナリオに用いる性・年齢階級別・サービス別の利用者割合
 - ・ 医療については、「患者調査」(厚生労働省、平成20(2008)年)の入院(病状)・外来別、性・年齢階級別の患者数を推計し、介護については「介護給付費調査」(厚生労働省)の施設(施設類型)・在宅別、要介護度別、性・年齢階級別の利用者数を使用して人口に對するサービス別の利用者割合を作成。
 - ・ これを、平成23(2011)年度までの性・年齢階級別の利用者数等で修正して、足下の性・年齢階級別・サービス別の利用者割合を作成。(これを将来人口推計に適用して現状推計シナリオを推計。)
- 主に病床の機能分化を考慮する際に必要なとなる現行の一般病床の内訳
 - ・ 現行の一般病床入院患者のニーズとして、社会保険国民会議の仮定等を踏まえて、高度急性期：1施設急性期・回復期リハ等=2:5:3 であることを基本的前提として仮定。
 - ・ また、機能分化についての別案として、運送患者のうち手術、放射線治療等を要した者は4~5割程度であることや、一般病床の1割程度6月以上入院があることを踏まえ、
 - ・ 一般急性期(5割相当)のうち概ね2割相当は高度急性期として推計すること
 - ・ 慢性急性期・回復期リハ等(3割相当)のうち概ね1割相当は慢性急性期として推計すること
- 高度急性期相当の現状については、「医療費の動向」(平成21(2009)年度)における大学病院の医療費が5.5万円/日程度であることを踏まえて、平成23(2011)年度180万円/月程度と仮定。平均在院日数は社会保険国民会議の仮定等を踏まえて19~20日程度と仮定。
- 慢性急性期・回復期リハ等については、一般病床全体の8割程度の単価と仮定し、平成23(2011)年度100万円/月程度と仮定。平均在院日数は社会保険国民会議の仮定等を踏まえて75日程度と仮定。
- 一般急性期については、全体から高度急性期及び慢性急性期・回復期リハ等の費用を差し引く形で推計される(平成23(2011)年度12万円/月程度)。また、平均在院日数は社会保険国民会議の仮定等を踏まえて13~14日程度と仮定。補償として、一般病床全体の平均在院日数は19~20日程度と計算される(最近の「病院報告」では、18日台で推移しているが、内訳と合計が適合する仮定のセットとして全体でみた場合、一定のものと考えられる)。
- 一般急性期のうちの慢性急性期のニーズについては単価及び平均在院日数とともに一般急性期と同程度と仮定。慢性急性期・回復期リハ等のうちの慢性急性期ニーズ(概ね6月以上入院)については、医療費と同程度から若干高めめの単価と、6月以上入院であることから190日程度の平均在院日数を仮定。

【右下(2011年度)の計数の整理～本推計のために一定の仮定を置いて整理したもの～】

医療・介護	利用者数/日 (万人)	新入院患者数/日 (万人)	平均在院日数 (日)	単価 (万円)	費用総額 (兆円)
医療計	133	30.5	16.9	14.8	47.6
入院計	84	4.4	16.9	14.8	39.1
一般病床	(59)	(3.9)	(14.8)	(14.8)	(15.6)
(慢性急性期)	(16)	(0.8)	(16.9)	(14.8)	(9.8)
(一般急性期)	(40)	(3.0)	(13.5)	(14.8)	(10.0)
(慢性急性期)	(24)	(1.8)	(13.5)	(14.8)	(6.7)
(回復期リハ等)	(16)	(1.2)	(12.7)	(14.8)	(3.7)
(6月未満)	(24)	(0.3)	(74.6)	(14.8)	(2.4)
(6月以上入院)	(16)	(0.3)	(57.5)	(14.8)	(2.3)
療養病床	21	0.1	150.4	6.5	(0.6)
精神科病床	31	0.1	300.0	4.1	1.2
総合・療養病床	0.3	0.0	70.0	3.8	0.1
外来計	74	7.4	1.1	1.1	21.5
診療科	16	1.6	2.0	2.0	8.3
一般診療科	17	1.7	0.3	0.3	12.9
歯科	15	1.5	0.7	0.7	2.7
介護計	43	4.3	1.1	1.1	8.5
施設	23	2.3	2.4	2.4	4.2
在宅系計	92	9.2	3.1	3.1	3.4
療養	48	4.8	24	24	1.7
介護(在宅系)	38	3.8	30	30	1.2
介護(施設系)	19	1.9	39	39	0.4
特別施設	16	1.6	18	18	0.3
GH	304	30.4	28	28	0.5
厚生年金	1	0.1	11	11	4.1
地方交付金	1	0.1	11	11	0.2

(参考2) 改革の具体的シナリオ

具体的な改革のイメージ(パターン1)

※平成37(2025)年度における改革のイメージ
※単価等の算出は平成23(2021)年度実績

	サービス利用	単価等
高度急性期	<p>高度急性期に医療資源をより効率よく投入することにより、平均在院日数について、現状19~20日程度(医師等14名)から、15~16日程度に短縮(急性期短縮)を図る。これを達成するために、医師、看護職員をはじめとする人員配置について、チーム医療、早期リハビリ等のためのスタッフの充実強化。</p> <p>・チーム医療、早期リハビリ等のためのスタッフの充実強化</p> <p>・医師、看護師、地域連携や診療情報の担当者など診療支援、看護体制の強化</p> <p>など、現在の一般病棟平均と比較しておおむね2倍とする。</p> <p>これにより、一日あたりの患者も1割程度減少し、高度急性期医療ニーズは、現状診察シナリオの19万人/日程度から10万人/日程度となる。</p> <p>減少した3万人/日程度は、主に治療期間に重点的な医療が提供されることでの後療の病棟に転移されることにより、概ね半分程度は高度急性期病棟で対応するニーズに切り、概ね半分程度は在宅医療や外来対応に切り替わることによる入院患者減少と想定する。</p>	<p>平均在院日数を2割程度短縮するために、1病棟当たり職員数など医療資源投入量を、ハイケアユニットと比較して1.2倍程度とする。</p> <p>また、コメディカルや事務職も増えるので、業務改善の圧力、役割分担(スキルミックス)、他の医療機関等との連携も進むと考える。</p> <p>これは、現在の一般病棟平均(約120万円/月)程度と比較すると、2割程度(1病棟当たり職員数)でみて2割程度、単価でみて1.9倍程度となる。</p> <p>■現在のハイケアユニットの単価213万円/月(※1)×(1+0.2×0.8(※2))=約247万円/月程度</p> <p>(※1)ハイケアユニット入院時診療費(診療料)4500点/日、検査・投薬、手術等の点検が2000~3000点/日あるものと想定して、7000点/日程度と想定</p> <p>(※2)人件費、医薬品、材料及び医療機器等の割合が約割と想定</p>

パターン1	サービス利用	単価等
長期療養(慢性期)	<p>医療費のうち、医療区分1に該当する約25%が介護医療院(介護療養型)から移行したと仮定(注)に該当する一方、介護医療院(介護療養型)から移行したと仮定(注)に該当する約25%が医療費に移行するものと想定する。(2015年実績)</p> <p>総体として平均的な医療費が減少し、医療に重点を置いた長期ケアが提供される。また、リハビリ、栄養ケアなどケアの向上を図りつつ、地域連携や介護サービス等との連携による医療支援を行うこと、4割程度は在宅医療の体制を整備することで本人の希望により在宅での療養が可能となる体制を強化することにより、概ね1割程度の在院日数の削減を想定し、(平成27(2015)年度から)そのため、リハビリ等に相当するスタッフ、地域連携の担当者など1割程度の職員を減らす。</p> <p>長期療養のニーズは、31万人/日程度の現状から21万人/日程度に減少し、在宅医療のニーズは、在宅医療のほか、介護サービスで対応するものと想定する。平均在院日数の短縮に伴い減少した3万人/日は、介護サービスで対応するものと想定する。</p>	<p>療養に結び付いた林檎の充実、遠隔支援やアウトリーチ(訪問支援)等に対応するため、コメディカルを中心に3割程度の増員を要するものと想定する。</p> <p>■47万円/月程度 × (1+0.3×0.9(※)) = 54万円/月程度</p> <p>(※)人件費の割合を5割程度と想定</p>
精神科入院	<p>精神科入院については、療養に結び付いた林檎の充実とともに、遠隔支援、アウトリーチ(訪問支援)等の充実により、在院日数の1割程度の削減及び入院数の2割程度の削減を想定する。このうち医療費の削減は、コメディカルを中心に3割程度の増員を要する。</p> <p>精神科療養のニーズは、34万人/日程度の現状から21万人/日程度に減少し、2万人/日程度となる。減少したニーズのうち、認知症5万人/日は介護サービスで対応、5万人/日は主に在宅ケア・外来対応等となるものと想定する。</p>	<p>■47万円/月程度 × (1+0.3×0.9(※)) = 54万円/月程度</p> <p>(※)人件費の割合を5割程度と想定</p>

パターン1	サービス利用	単価等
一般急性期	<p>一般急性期に医療資源を集中投入することにより、平均在院日数について、現状13~14日程度(急性期全体が現状15日程度)から、9日程度に短縮(急性期短縮)を図る。これを達成するために、医師、看護職員をはじめとする人員配置について、チーム医療、早期リハビリ等のためのスタッフの充実強化。</p> <p>・チーム医療、早期リハビリ等のためのスタッフの充実強化</p> <p>・医師、看護師、地域連携や診療情報の担当者など診療支援、看護体制の強化</p> <p>など、現在の一般病棟平均と比較しておおむね1.6倍とする。</p> <p>これにより、一日あたりの患者も、35%程度減少し、一般急性期医療ニーズは、現状診察シナリオの49万人/日程度から32万人/日程度となる。</p> <p>減少した17万人/日程度は、主に治療期間に重点的な医療が提供されることでの後療の病棟に転移されることにより、概ね半分程度は高度急性期病棟で対応するニーズに切り、概ね半分程度は在宅医療や外来対応に切り替わることによる入院患者減少と想定する。</p>	<p>■現在の一般病棟の平均単価129万円/月(※1)×(1+0.6×0.8(※2))=約191万円/月程度</p> <p>(※1)人件費、医薬品、材料及び医療機器等の割合が約割と想定</p>
高度急性期・回復期リハ等	<p>急性期の改革により、現状より早期に急性期の病棟を退院することになるが、医療必要度が低下し、高い状態を要するところとなるので、その移行先として高度急性期等の病棟の機能強化が重要になる。</p> <p>また、リハビリの早期開始・強化や、クリティカルケアの推進と看護体制の強化、24時間対応可能な在宅医療の体制整備等により、概ね2割程度の在院日数の削減を見込む。そのため、リハビリ、地域連携、遠隔支援等の観点から、コメディカルを中心に3割程度の増員を要する。</p> <p>高度急性期のニーズは、29万人/日程度の現状から21万人/日程度に減少し、一般急性期から移行する11万人/日程度となる。減少したニーズのうち、認知症5万人/日は介護サービスで対応、5万人/日は主に在宅ケア・外来対応等に切り替わるものと想定する。</p>	<p>急性期等においては医療費、看護・リハビリの必要度が高まること、また、おおむね2割程度の在院日数の短縮を要するため、コメディカルを中心に3割程度の増員を要するものと想定する。</p> <p>■現在の高度急性期の平均単価100万円/月(※1)×(1+0.3×0.5(※2))=115万円/月程度</p> <p>(※)人件費の割合を5割程度と想定</p>

パターン1	サービス利用	単価等
医師から介護への移行等	<p>上記の結果、医療費のうち、医療区分1に該当する約25%が介護医療院(介護療養型)から移行したと仮定(注)に該当する一方、介護医療院(介護療養型)から移行したと仮定(注)に該当する約25%が医療費に移行するものと想定する。(2015年実績)</p> <p>総体として平均的な医療費が減少し、医療に重点を置いた長期ケアが提供される。また、リハビリ、栄養ケアなどケアの向上を図りつつ、地域連携や介護サービス等との連携による医療支援を行うこと、4割程度は在宅医療の体制を整備することで本人の希望により在宅での療養が可能となる体制を強化することにより、概ね1割程度の在院日数の削減を想定し、(平成27(2015)年度から)そのため、リハビリ等に相当するスタッフ、地域連携の担当者など1割程度の職員を減らす。</p> <p>長期療養のニーズは、31万人/日程度の現状から21万人/日程度に減少し、在宅医療のニーズは、在宅医療のほか、介護サービスで対応するものと想定する。平均在院日数の短縮に伴い減少した3万人/日は、介護サービスで対応するものと想定する。</p>	<p>療養に結び付いた林檎の充実、遠隔支援やアウトリーチ(訪問支援)等に対応するため、コメディカルを中心に3割程度の増員を要するものと想定する。</p> <p>■47万円/月程度 × (1+0.3×0.9(※)) = 54万円/月程度</p> <p>(※)人件費の割合を5割程度と想定</p>
介護施設(特養・老健)	<p>介護施設(特養・老健)については、療養に結び付いた林檎の充実とともに、遠隔支援、アウトリーチ(訪問支援)等の充実により、在院日数の1割程度の削減及び入院数の2割程度の削減を想定する。このうち医療費の削減は、コメディカルを中心に3割程度の増員を要する。</p> <p>精神科療養のニーズは、34万人/日程度の現状から21万人/日程度に減少し、2万人/日程度となる。減少したニーズのうち、認知症5万人/日は介護サービスで対応、5万人/日は主に在宅ケア・外来対応等となるものと想定する。</p>	<p>■47万円/月程度 × (1+0.3×0.9(※)) = 54万円/月程度</p> <p>(※)人件費の割合を5割程度と想定</p>
居住系(特定施設・GH)	<p>居住系(特定施設・GH)については、療養に結び付いた林檎の充実とともに、遠隔支援、アウトリーチ(訪問支援)等の充実により、在院日数の1割程度の削減及び入院数の2割程度の削減を想定する。このうち医療費の削減は、コメディカルを中心に3割程度の増員を要する。</p> <p>精神科療養のニーズは、34万人/日程度の現状から21万人/日程度に減少し、2万人/日程度となる。減少したニーズのうち、認知症5万人/日は介護サービスで対応、5万人/日は主に在宅ケア・外来対応等となるものと想定する。</p>	<p>■47万円/月程度 × (1+0.3×0.9(※)) = 54万円/月程度</p> <p>(※)人件費の割合を5割程度と想定</p>

パターン1	サービス利用	単価等
<p>医療・介護の機能強化を要する高齢者や、早期の退院や在宅ケアの必要性を高めるために、在宅ケアの充実を図る必要がある。また、精神障害者へのアウトリーチ支援（訪問支援）体制の整備も必要とする。</p> <p>医師については、在宅医療の充実を図るとともに、具体的な10万人程度の在宅医療・訪問看護の活用を平成37(2025)年度までに増加するものも決定する。</p> <p>一方、高齢者や認知症を要する患者として、生活習慣病予防、医療ケアや介護サービスの提供、ICU利用等の対応に加え、医師・看護師、薬剤師、理学療法士等の在宅ケアへの移行を促進するものも決定する。</p> <p>さらに、高齢者や認知症を要する患者の早期退院・介護サービスの提供を促進するものも決定する。</p>	<p>在宅医療・訪問看護については、療養の費用が52万円/月程度を決定し、在宅ケアの充実を図る。また、精神障害者へのアウトリーチ支援（訪問支援）体制の整備も必要とする。</p> <p>医師については、在宅医療の充実を図るとともに、具体的な10万人程度の在宅医療・訪問看護の活用を平成37(2025)年度までに増加するものも決定する。</p> <p>一方、高齢者や認知症を要する患者として、生活習慣病予防、医療ケアや介護サービスの提供、ICU利用等の対応に加え、医師・看護師、薬剤師、理学療法士等の在宅ケアへの移行を促進するものも決定する。</p> <p>さらに、高齢者や認知症を要する患者の早期退院・介護サービスの提供を促進するものも決定する。</p>	<p>在宅医療・訪問看護については、療養の費用が52万円/月程度を決定し、在宅ケアの充実を図る。また、精神障害者へのアウトリーチ支援（訪問支援）体制の整備も必要とする。</p> <p>医師については、在宅医療の充実を図るとともに、具体的な10万人程度の在宅医療・訪問看護の活用を平成37(2025)年度までに増加するものも決定する。</p> <p>一方、高齢者や認知症を要する患者として、生活習慣病予防、医療ケアや介護サービスの提供、ICU利用等の対応に加え、医師・看護師、薬剤師、理学療法士等の在宅ケアへの移行を促進するものも決定する。</p> <p>さらに、高齢者や認知症を要する患者の早期退院・介護サービスの提供を促進するものも決定する。</p>
<p>医療・介護の機能強化を要する高齢者や、早期の退院や在宅ケアの必要性を高めるために、在宅ケアの充実を図る必要がある。また、精神障害者へのアウトリーチ支援（訪問支援）体制の整備も必要とする。</p> <p>医師については、在宅医療の充実を図るとともに、具体的な10万人程度の在宅医療・訪問看護の活用を平成37(2025)年度までに増加するものも決定する。</p> <p>一方、高齢者や認知症を要する患者として、生活習慣病予防、医療ケアや介護サービスの提供、ICU利用等の対応に加え、医師・看護師、薬剤師、理学療法士等の在宅ケアへの移行を促進するものも決定する。</p> <p>さらに、高齢者や認知症を要する患者の早期退院・介護サービスの提供を促進するものも決定する。</p>	<p>在宅医療・訪問看護については、療養の費用が52万円/月程度を決定し、在宅ケアの充実を図る。また、精神障害者へのアウトリーチ支援（訪問支援）体制の整備も必要とする。</p> <p>医師については、在宅医療の充実を図るとともに、具体的な10万人程度の在宅医療・訪問看護の活用を平成37(2025)年度までに増加するものも決定する。</p> <p>一方、高齢者や認知症を要する患者として、生活習慣病予防、医療ケアや介護サービスの提供、ICU利用等の対応に加え、医師・看護師、薬剤師、理学療法士等の在宅ケアへの移行を促進するものも決定する。</p> <p>さらに、高齢者や認知症を要する患者の早期退院・介護サービスの提供を促進するものも決定する。</p>	<p>在宅医療・訪問看護については、療養の費用が52万円/月程度を決定し、在宅ケアの充実を図る。また、精神障害者へのアウトリーチ支援（訪問支援）体制の整備も必要とする。</p> <p>医師については、在宅医療の充実を図るとともに、具体的な10万人程度の在宅医療・訪問看護の活用を平成37(2025)年度までに増加するものも決定する。</p> <p>一方、高齢者や認知症を要する患者として、生活習慣病予防、医療ケアや介護サービスの提供、ICU利用等の対応に加え、医師・看護師、薬剤師、理学療法士等の在宅ケアへの移行を促進するものも決定する。</p> <p>さらに、高齢者や認知症を要する患者の早期退院・介護サービスの提供を促進するものも決定する。</p>

(注)この改革のシナリオは、平成37(2025)年度時点の改革の効果を(例)として整理したものである。平成37(2025)年度(以下)から平成37(2025)年度の間については、基本的に、平成37(2025)年における改革の効果(例)に基づき、平均在院日数の短縮割合、それと表裏となる機能強化の程度(単価の上昇割合)を線形に補間して推計。

別案(パターン2)		単価等
<p>高度急性期 一般急性期 (看護業務を除く)</p>	<p>サービス利用 (パターン1に同じ)</p> <p>(平均在院日数短縮とその改革の機能強化については、パターン1に同じ)</p> <p>一般急性期医療ニーズは、再診率50%未満の10万人/日程度から10万人/日程度と減少し、10万人/日程度のニーズは、主に治療期間に重点が置かれ、重症化を予防することでの対応が図られることによる減少分であり、重症化を予防することでの対応が図られることによる減少分であり、重症化を予防することでの対応が図られることによる減少分であり、重症化を予防することでの対応が図られることによる減少分である。</p>	<p>(パターン1に同じ)</p> <p>(平均在院日数短縮とその改革の機能強化については、パターン1に同じ)</p> <p>高度急性期医療については、重症化を予防することでの対応が図られることによる減少分であり、重症化を予防することでの対応が図られることによる減少分であり、重症化を予防することでの対応が図られることによる減少分である。</p>
<p>慢性急性期 重症急性期 (看護業務を除く)</p>	<p>サービス利用 (パターン1に同じ)</p> <p>(平均在院日数短縮とその改革の機能強化については、パターン1に同じ)</p> <p>慢性急性期医療ニーズは、重症化を予防することでの対応が図られることによる減少分であり、重症化を予防することでの対応が図られることによる減少分である。</p>	<p>(パターン1に同じ)</p> <p>(平均在院日数短縮とその改革の機能強化については、パターン1に同じ)</p> <p>慢性急性期医療については、重症化を予防することでの対応が図られることによる減少分であり、重症化を予防することでの対応が図られることによる減少分である。</p>

パターン2	サービス利用	単価等
<p>高度急性期 (看護業務を除く)</p>	<p>(パターン1に同じ)</p> <p>(平均在院日数短縮とその改革の機能強化については、パターン1に同じ)</p> <p>高度急性期医療ニーズは、重症化を予防することでの対応が図られることによる減少分であり、重症化を予防することでの対応が図られることによる減少分である。</p>	<p>(パターン1に同じ)</p> <p>(平均在院日数短縮とその改革の機能強化については、パターン1に同じ)</p> <p>高度急性期医療については、重症化を予防することでの対応が図られることによる減少分であり、重症化を予防することでの対応が図られることによる減少分である。</p>
<p>慢性急性期 重症急性期 (看護業務を除く)</p>	<p>(パターン1に同じ)</p> <p>(平均在院日数短縮とその改革の機能強化については、パターン1に同じ)</p> <p>慢性急性期医療ニーズは、重症化を予防することでの対応が図られることによる減少分であり、重症化を予防することでの対応が図られることによる減少分である。</p>	<p>(パターン1に同じ)</p> <p>(平均在院日数短縮とその改革の機能強化については、パターン1に同じ)</p> <p>慢性急性期医療については、重症化を予防することでの対応が図られることによる減少分であり、重症化を予防することでの対応が図られることによる減少分である。</p>

(注)パターン1に係る注を参照。

(参考3) 医療の伸び率の補足

医療について人口増減・高齢化とは別に織り込み込む伸び率の考え方

(医療の伸び率ケース①のAについて)

- 近年(平成17(2005)～21(2009)年度)の医療費の伸び率から人口増減及び高齢化の影響を除いた部分(医療の高齢化等や自然増といわれる)をみると、年率1.9%程度。【資料1参照】
- これには、同期間における、平均在院日数の減少(全病床でみて36日程度～33日程度)、後発医薬品の使用促進(調剤医療費の数量ベースでみて14%程度～19%程度)、長期療養の削減緩和等を背景とした外来受診日数の減少等の影響が含まれており、この伸び率で伸ばすと、これらの傾向も将来に投影することとなる。

- 本シミュレーションでは、社会保障国民全額におけるシミュレーションの仮定を踏襲し、今後の平均在院日数の短縮は病床当たり医療費の投入量の相対的な強化により行われるものと、今後の外来受診日数については、近年の減少傾向は織り込みますが、別途生活習慣病対策の推進等により適正化を図るものと、仮定するので、平成17～21年における平均在院日数の短縮や外来受診日数の減少が医療費の伸び率に及ぼしたと考えられる大きさのうち、一定の仮定のもとで推計可能な部分を見込んで加えると、年率1.9%程度。

(※1) 平均在院日数の短縮については【資料2】を参照。

(※2) 外来受診日数の減少については、平成17～21年度の外来(医科入院)受診日数の対前年減少率を累計すると8千万日程度、これが調剤医療の削減等を背景としたものと考えれば、全体としてみた場合の診療費の量はそれほど変化しない可能性がある。一方、少なくとも、受診日数の減少に対応する調剤量は減少している可能性がある。
 ・ 1日当たり受診率は平均で900日程度なので、上記8千万日程度にこれを乗じて6で割り、医療報酬額(この間30兆円台前半)から年率で推計する割合をみると、概ね0.05%程度

- 後発医薬品の使用促進の効果については、現時点において明確な目標年次と目標値を設定しにくいことが、上記の伸び率の仮定の中に、今後も、調剤医療費の数量ベースでみたときに、年率1%ポイント程度は後発医薬品の割合の上昇が続いていくという仮定が含まれていることとなる。

(医療の伸び率ケース①のBについて)

- 過去、診療報酬改定と経済成長率との間には、5年程度のタイムラグのもとで、一定の相関があることが明らかになっている。昭和60(1985)～平成22(2010)年のデータを用いて、2年移動平均の処理を行ってみると、概ね次のようになる。【資料3参照】

$$\text{診療報酬改定率(本体, \%)} = 1/3 \times \text{経済成長率(5年前, \%)} + 0.2\% \text{程度}$$

$$\text{診療報酬改定率(ネット, \%)} = 0.27 \times \text{経済成長率(5年前, \%)} - 0.7\% \text{程度}$$

- 今回、将来の経済成長率を診療報酬改定率に反映させるモデルを仮定するにあたっては、5年前の経済成長率に機械的に連動すると仮定すると、平成24(2012)～26(2014)年頃の改定には平成20(2008)年秋以降の大幅なマイナスの経済成長率(名目GDP成長率でみて、平成20(2008)年度△4.2%程度、平成21(2009)年度△3.7%程度)を機械的に反映することを仮定することになること、過去については、経済成長率の高い時期と業績差が相当程度大きな時期が重なっており、ネットでみた場合の回帰式の傾きが相対的に小さくなってきている要因となっていること、近年は経済成長率が極めて小さい中で改定を行ってきたこと、業績差は減少し近年は横ばい傾向であること、今後後発医薬品の使用が進む等の変化が考えられることなどを考え、今後の中長期的な改定の詳細を予め予測することは困難なこと等を勘案して、次のようなモデルを設定。(当年度の経済成長率を仮定することとなる。)

$$\text{診療報酬改定率(ネット, \%)} = 1/3 \times \text{経済成長率(当年度, \%)}$$

(医療の伸び率ケース①のCについて)

- 前期Aの考え方にある通り、Aの中に、今後も後発医薬品の使用量が傾向的に増大するという一定の動向化の要素が含まれていることとなるが、社会保障国民全額シミュレーションにおいて仮定されていた、医薬品や医療機器等に係るさらなる効率化努力として年率0.1%程度の伸び率の低減を仮定。

医療費の伸びの要因分解 - メディアスによる伸び率分析

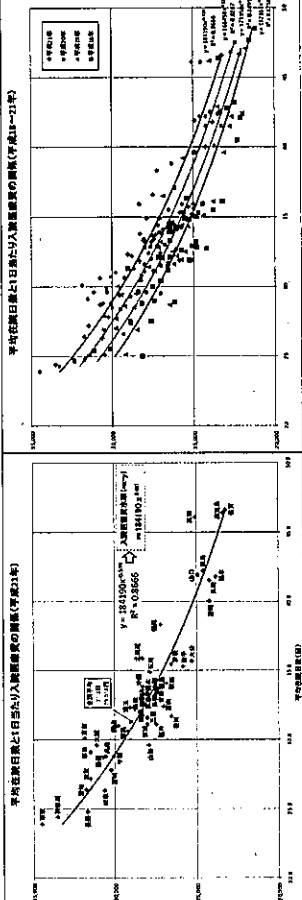
	平成13年度	平成14年度	平成15年度	平成16年度	平成17年度	平成18年度	平成19年度	平成20年度	平成21年度	平成17～21年度平均(2005～2009)
1人当たり医療費	3.0%	-0.9%	1.9%	1.9%	3.1%	0.1%	3.1%	1.9%	3.6%	2.4%
診療報酬改定	-2.7%	-2.7%								-0.8%
高齢化の影響	1.6%	1.7%	1.6%	1.6%	1.6%	1.5%	1.6%	1.5%	1.5%	1.6%
その他(①-③)	1.4%	0.1%	0.3%	1.3%	1.2%	1.8%	1.4%	1.2%	2.1%	1.5%
1人当たり医療費	2.1%	-1.2%	0.4%	0.9%	2.0%	-0.9%	1.6%	1.9%	2.7%	1.4%
診療報酬改定	-2.7%	-2.7%								-0.8%
高齢化の影響	0.5%	0.6%	0.6%	0.6%	0.7%	0.2%	0.6%	0.7%	0.9%	0.6%
その他(①-③)	1.5%	0.8%	-0.2%	1.3%	0.8%	2.1%	1.0%	2.0%	1.7%	1.0%
1人当たり医療費	1.3%	-3.6%	0.9%	0.2%	2.0%	-1.5%	2.1%	-0.1%	2.5%	-0.8%
診療報酬改定	-2.7%	-2.7%								-0.8%
高齢化の影響	0.2%	0.2%	0.2%	0.2%	0.3%	0.3%	0.3%	0.3%	0.4%	0.3%
その他(①-③)	1.0%	-1.1%	0.7%	1.0%	1.8%	1.4%	1.8%	0.4%	2.1%	1.5%

注1) 70歳以上、70歳未満は医療費別、統計は医療費と公費負担医療費の合計。
 注2) 老人保健又は後発医薬品に適用される65～69歳の被保険者は、70歳以上に含まれており70歳未満には含まれていない。
 注3) 高齢化の影響は、平成15年度の年齢別医療費と年齢別人口から推計。
 注4) 医療費の伸び率は医療費増減額で算出した医療費であり、調整後の医療費を指します。

資料2 (平均在院日数と医療費の伸び率～近年の状況)

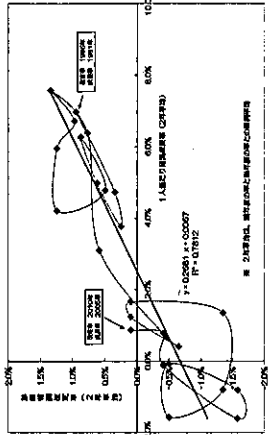
	平成11年	平成12年	平成13年	平成14年	平成15年	平成16年	平成17年	平成18年	平成19年	平成20年	平成21年
平均在院日数(1日あたり)	35.7	34.1	32.7	31.7	31.1	30.2	29.2	28.2	27.2	26.2	25.2
平均医療費(円)	1,800	1,700	1,600	1,500	1,400	1,300	1,200	1,100	1,000	900	800
平均医療費の伸び率(%)	-0.5%	-5.6%	-5.9%	-7.1%	-7.7%	-7.7%	-7.7%	-7.7%	-7.7%	-7.7%	-7.7%
平均在院日数の伸び率(%)	-1.3%	-4.8%	-4.2%	-3.0%	-3.0%	-3.0%	-3.0%	-3.0%	-3.0%	-3.0%	-3.0%

○ 平均在院日数の短縮は、医療費の伸び率に与える影響は小さい。医療費の伸び率は、平均在院日数の短縮の影響を除いた部分から推計される。
 ○ 平均在院日数の短縮は、医療費の伸び率に与える影響は小さい。医療費の伸び率は、平均在院日数の短縮の影響を除いた部分から推計される。
 ○ 平均在院日数の短縮は、医療費の伸び率に与える影響は小さい。医療費の伸び率は、平均在院日数の短縮の影響を除いた部分から推計される。



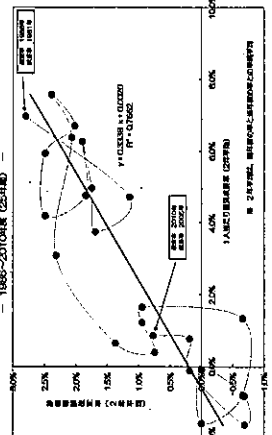
資料3 (診療報酬改定と経済の相関等)

診療報酬改定率と1人当たり経済成長率の相関 (タイムラグ: 6年)
 - 1986~2010年度 (25年度) -

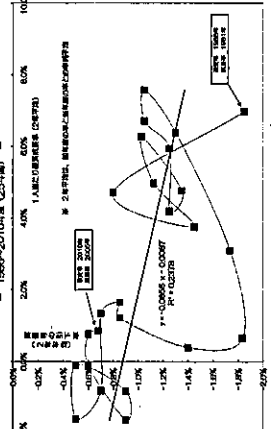


○ 医療費の伸びのうち、診療報酬改定率と経済成長率との間には、5年程度のタイムラグの元で強い相関があることが明らかになっている。
 ○ ただし、この関係式は、
 ・ 経済成長率の属する程度のみで説明できない。
 ・ 過去には、最近の状況に比べて、薬価差が相当程度大きかった時期があること等に留意が必要。

診療報酬改定率 (本体) のみでの相関 (タイムラグ: 5年)
 - 1986~2010年度 (25年度) -



薬価等の引下率 (医療費ベース) での相関 (タイムラグ: 5年)
 - 1986~2010年度 (25年度) -

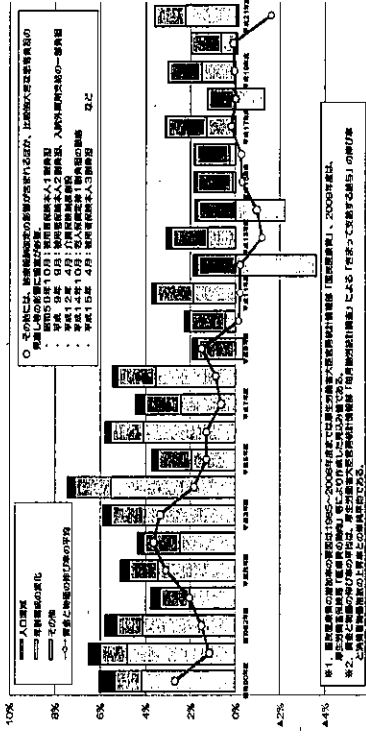


資料4
 (最近の薬価差等の動向)

- (最近の薬価差、薬利差、薬利比率の動向)
- 近年薬価差は縮小し、下げ止まり傾向。
- 累次の薬価改定により薬利比率は低下してきたが、近年は概ね横ばいから微増。

資料5 (国民医療費の増加率の要因と賃金・物価の動向)

国民医療費の増加率の要因、賃金・物価の伸び率の平均



※ 国民医療費の増加率は、1986年10月1日現在を基準として算出されたものである。2009年度は、国民医療費の増加率が、賃金の伸び率と物価の伸び率の平均値とほぼ一致した。これは、国民医療費の増加率が、賃金と物価の伸び率の平均値とほぼ一致したことを示している。

項目	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
国民医療費の増加率 (%)	4.2	4.4	4.6	4.8	5.0	5.2	5.4	5.6	5.8	6.0	6.2	6.4	6.6	6.8	7.0	7.2	7.4	7.6	7.8	8.0	8.2	8.4	8.6	8.8	9.0
賃金の伸び率 (%)	4.2	4.4	4.6	4.8	5.0	5.2	5.4	5.6	5.8	6.0	6.2	6.4	6.6	6.8	7.0	7.2	7.4	7.6	7.8	8.0	8.2	8.4	8.6	8.8	9.0
物価の伸び率 (%)	4.2	4.4	4.6	4.8	5.0	5.2	5.4	5.6	5.8	6.0	6.2	6.4	6.6	6.8	7.0	7.2	7.4	7.6	7.8	8.0	8.2	8.4	8.6	8.8	9.0

資料5 (薬利差と薬利比率の推移)

