

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

(目 次)

1. 趣旨等	3
2. 改革の考え方	5
3. 人口・経済前提等	1 2
4. 結果	1 4
(参考1) 足下の計数整理等	4 0
(参考2) 改革の具体的シナリオ	4 4
(参考3) 医療の伸び率の補足	5 2

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、一定の仮定に基づく推計を行うもの。

(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)

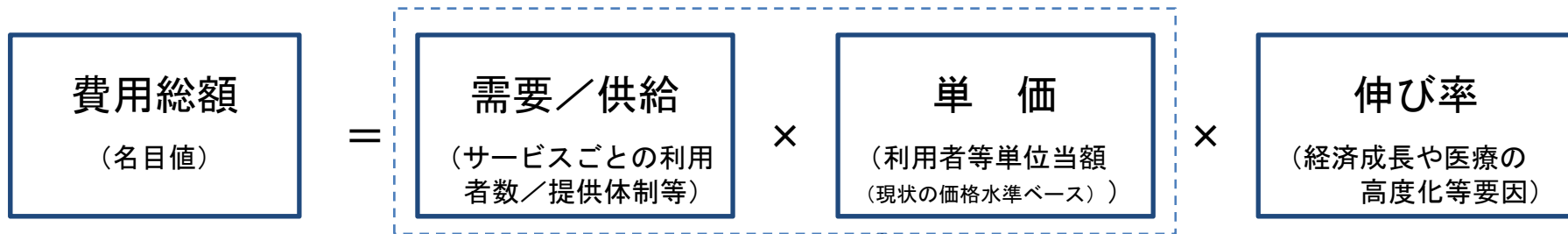
- まず、現在の性・年齢階級別のサービス利用状況をそのまま将来に投影したケース（現状投影シナリオ）におけるサービスごとの利用者数や単価等を作成。次に、これから、一定の改革シナリオに基づきサービス利用状況や単価等を変化させたケース（改革シナリオ）を作成。費用総額については、経済前提等を踏まえて設定した伸び率を乗じて推計。

【改革のシナリオの概要】

改革シナリオ：一般病床について、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、状態像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織り込み。

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

医療・介護費用推計の基本的な考え方



【需要／供給、単価、伸び率の考え方】

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加味・反映しやすく、病床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。

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機械的計算)

→ 現状の医療・介護のサービス提供に関する問題点が解決されないまま今後も推移していくシナリオ)

需 要：病床ごとの入院、外来・在宅医療、介護施設や居住系サービス、在宅介護サービス等について、仮に、現状の年齢階級別利用状況が続いたとした場合を仮定（サービスの需要について、人口増減及び人口構造の高齢化による変化のみ織り込んだもの）

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あたり費用（例えば入院1日あたり費用）が続くとした場合を仮定

伸び率：経済成長（賃金や物価の上昇等に対応）や医療の高度化等による伸び率を仮定

改革シナリオ

(選択と集中により、医療・介護サービスのあるべき姿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、在宅医療や介護の強化など、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見込み（サービスの需要について、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：急性期病床における人員配置の重点化、亜急性期・回復期・慢性期や精神病床の人員強化など、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あたり費用を仮定

伸び率：現状投影シナリオと同様

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おらず、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・・・諸外国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
- ・ 居住系サービスの不足、在宅医療・介護サービスの不足、医療と介護の連携不足
- ・ 生活習慣病予防等の推進による健康度の向上、ICTの利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資質の向上
- ・ 病院・病床の機能分化・強化、専門職種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・重度化予防 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、亜急性期・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の整備による、回復・地域生活への復帰の道筋の明確化
- ・ 居住系サービスや在宅医療・介護サービスの一層の充実、医療と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)

〔 ◇充実 ◆重点化・効率化 〕

(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)
医療病床	一般病床 (10割)	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、亜急性期・回復期リハ等、早期の軽快(在宅・外来)
		一般急性期 (約5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、亜急性期・回復期リハ等、早期の軽快(在宅・外来)
		亜急性期・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、医療療養、介護サービス、早期の軽快(在宅・外来)
	長期療養(慢性期)	◇◆医療区分1は介護、2・3は医療 ◇◆在宅医療の推進、機能強化等を勘案し、平均在院日数1割程度短縮	
	精神病床	◇◆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)、早期の軽快(在宅・外来)、介護サービスの利用	
介護施設	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 ◇◆現行の介護療養にあっては、医療区分1は介護、2・3は医療	
居住系(介護)			◇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)
在宅・外来	医療	◇在宅医療・訪問看護の充実(利用者の大幅増) ◆生活習慣病予防、医療機関や医療介護の連携、ICTの活用等の取り組みにより、医科外来ニーズ(上記入院ニーズからの移行分を除く)が5%程度減少	
	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%程度減少	

※ 薬や医療機器等に係る効率化として伸び率として年率△0.1%程度を織り込み(医療の伸び率ケース①の場合)(◆)
(現状投影シナリオでも織り込み。後発医薬品の使用促進については、設定した伸び率に、最近の普及の傾向が含まれている。)
地域連携推進のためにMSW等の増を仮定(◇)、介護職員の処遇改善(賃金アップ)を仮定(◇)

別案(パターン2)

〔 ◇充実 ◆重点化・効率化 〕

- 急性期医療（現行一般病床の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）、軽度急性期（2割程度）の3つに区分し（パターン1よりも一般急性期の対象を絞り込み）、機能分化と強化を図る。
- また、現行一般病床の長期入院を、長期療養ニーズとして、現行の医療療養とあわせて、慢性期として整理。

(医療・介護ニーズ)		パターン2 の整理	(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の整理)			
医療病床	一般病床 (10割)	高度急性期(約2割)	(パターン1に同じ)
		一般急性期 (約5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、亜急性期・回復期リハ等、早期の軽快(在宅・外来)
		(軽度急性期(約2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、医療療養、介護サービス、早期の軽快(在宅・外来)
		亜急性期・回復期リハ等(約3割)	
	(長期入院(約1割))	長期療養 (慢性期)	◇◆現行一般病床の長期入院については、亜急性期・回復期その他と同様 ◇◆現行医療療養にあつては、医療区分1は介護、2・3は医療 ◇◆現行医療療養にあつては、在宅医療の推進、機能強化等を勘案し、平均在院日数1割程度短縮
長期療養(慢性期)			
介護施設	特養	(パターン1に同じ)	
	老健+介護療養		
居住系(介護)			
在宅・外来	医療		
	介護		

※ パターン1における ※ に同じ。

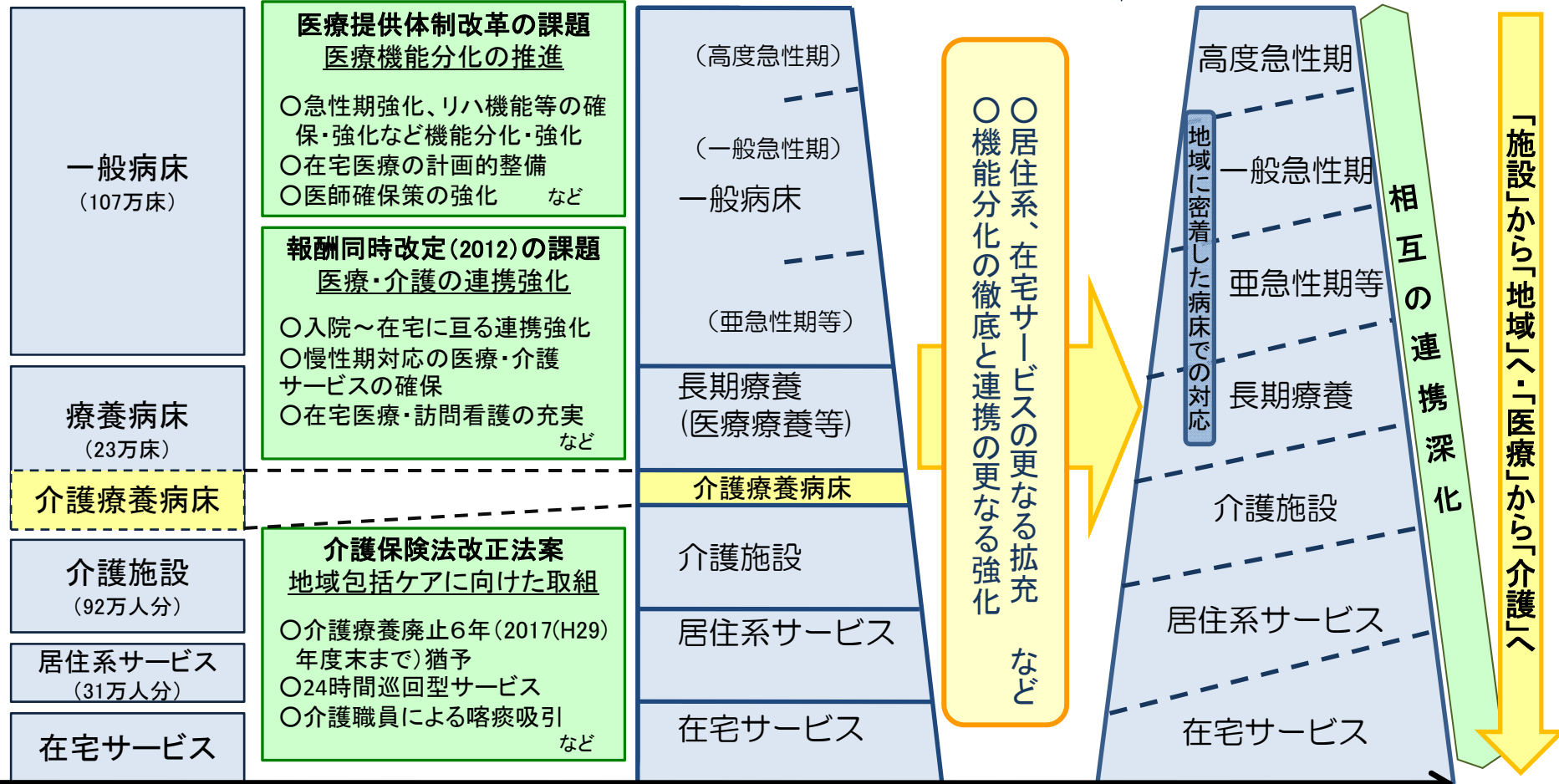
(参考)改革シナリオにおける主な充実、重点化・効率化要素(2025年)

		2025年
充 実	急性期医療の改革 (医療資源の集中投入等)	<ul style="list-style-type: none"> ・高度急性期の職員等 2倍程度増 (単価 約1.9倍)(現行一般病床平均対比でみた場合) ・一般急性の職員等 6割程度増 (単価 約1.5倍)(") ・亜急性期・回復期リハ等の職員 コメディカルを中心に3割程度の増(単価15%程度増)
	長期療養・精神医療の改革 (医療資源の集中投入等)	<ul style="list-style-type: none"> ・長期療養の職員 コメディカルを中心に1割程度の増(単価5%程度増) ・精神病床の職員 コメディカルを中心に3割程度の増(単価15%程度増)
	在宅医療・在宅介護の推進等 (施設から在宅・地域へ、認知症への対応)	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅医療利用者数の増 1.4倍程度 ・居住系・在宅介護利用者 約25万人/日程度増加(現状投影シナリオに対する増)・グループホーム 約10万人/日、小規模多機能 約32万人/日分程度増加(現状投影シナリオに対する増) ・定期巡回、随時対応 約15万人/日分程度整備
	医療・介護従事者数の増加	<ul style="list-style-type: none"> ・全体で2011年の1.5～1.6倍程度まで増
	その他各サービスにおける充実、 サービス間の連携強化など	<ul style="list-style-type: none"> ・介護施設におけるユニットケアの普及、在宅介護サービス利用量の増大等各種サービスの充実 ・介護職員の処遇改善(単価の上昇) ・地域連携推進のためMSW等の増(上記医療機関の職員増に加えて1～2中学校区に1名程度増)など
重 点 化 ・ 効 率 化	急性期医療の改革 (平均在院日数の短縮等) ※ 早期の退院・在宅復帰に伴い 患者のQOLも向上	<ul style="list-style-type: none"> ・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 ・亜急性期・回復期等 : 平均在院日数 60 日程度 (パターン1の場合) <p>(現行一般病床についてみると、平均在院日数19～20日程度[急性期15日程度(高度急性19～20日程度、一般急性13～14日程度)、亜急性期等75日程度]とみられる。)</p>
	長期療養・精神医療の改革 (平均在院日数の短縮等)	<ul style="list-style-type: none"> ・長期療養 在院日数1割程度減少 ・精神病床 在院日数1割程度減少、入院2割程度減少
	在宅医療・在宅介護の推進等 (施設から在宅・地域へ)	<ul style="list-style-type: none"> ・入院・介護施設入所者 約60万人/日程度減少(現状投影シナリオに対する減)
	予防(生活習慣病・介護)・地域連携 ・ICTの活用等	<ul style="list-style-type: none"> ・生活習慣病予防や介護予防・地域連携・ICTの活用等により、医療については外来患者数5%程度減少(入院ニーズの減少に伴い増加する分を除く)、介護については要介護者等3%程度減少
	医薬品・医療機器に関する効率化等	<ul style="list-style-type: none"> ・伸び率として、△0.1%程度 (医療の伸び率ケース①の場合) (現状投影シナリオでも織り込み。後発医薬品の使用促進については、設定した伸び率に、最近の普及の傾向が含まれている。)
	医師・看護師等の役割分担の見直し	<ul style="list-style-type: none"> ・病院医師の業務量△2割程度(高度急性期、一般急性期)

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・病床機能の役割分担を通じてより効果的・効率的な提供体制を構築するため、「高度急性期」、「一般急性期」、「亜急性期」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、地域の実情に応じて幅広い医療を担う機能も含めて、新たな体制を段階的に構築する。医療機能の分化・強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、概ね現行の病床数レベルの下でより高機能の体制構築を目指す。
- 医療ニーズの状態像により、医療・介護サービスの適切な機能分担をするとともに、居住系、在宅サービスを充実する。

【2011(H23)年】 → 【2015(H27)年】 → 【2025(H37)年】



医療・介護の基盤整備・再編のための集中的・計画的な投資

医療・介護の提供体制の将来像の例

～機能分化し重層的に住民を支える医療・介護サービスのネットワーク構築～

○日常生活圏域内において、医療、介護、予防、住まいが切れ目なく、継続的かつ一体的に提供される「地域包括ケアシステム」の確立を図る。

○小・中学校区レベル(人口1万人程度の圏域)において日常的な医療・介護サービスが提供され、人口20～30万人レベルで地域の基幹病院機能、都道府県レベルで救命救急・がんなどの高度医療への体制を整備。

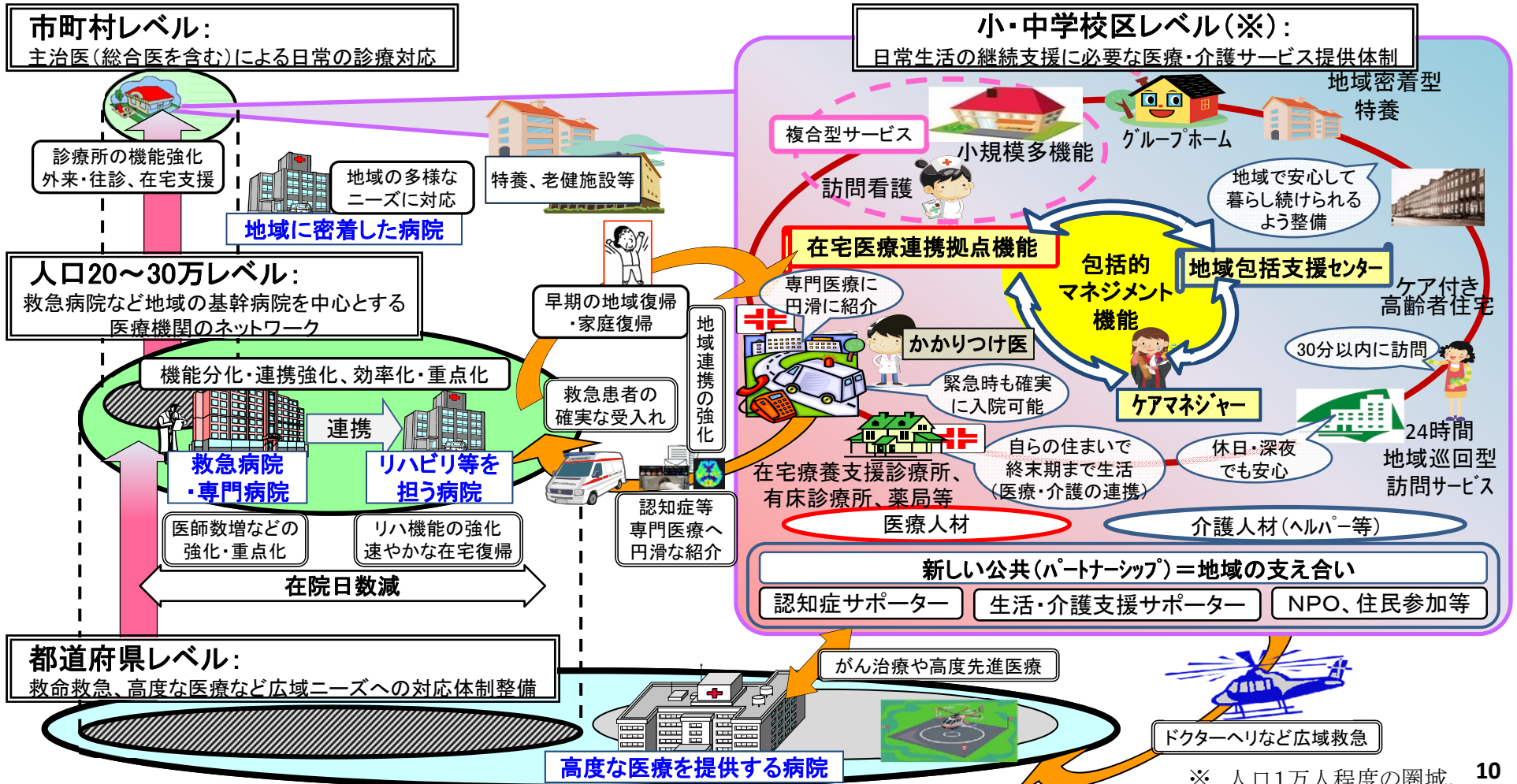
医療提供体制の充実と重点化・効率化

都道府県域から市町村域まで、重層的に医療サービスを提供

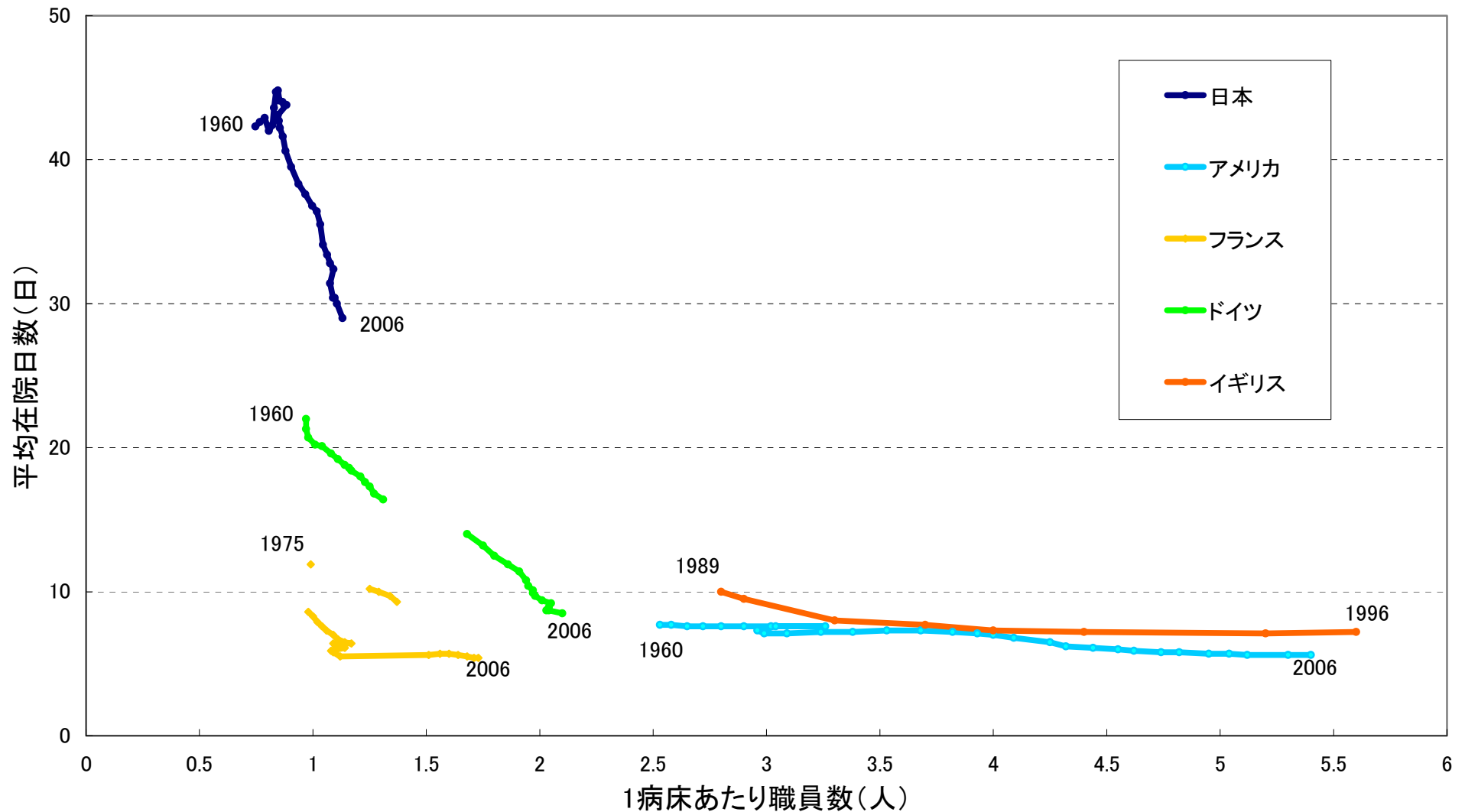
&

地域包括ケアの実現(包括的ケアマネジメントの機能強化)

※ 体制整備は被災地のコミュニティ復興において先駆的に実施することも検討



(参考) 平均在院日数と1病床あたり職員数～各国の状況～



(資料) 日本:「病院報告」(厚生労働省) 諸外国:「OECD Health Data 2008」

(注) 1. 日本は一般病院の数値である。

2. 諸外国はOECDの定義に基づく急性期医療(急性期病院)にかかる数値である。

3. 人口・経済前提等

(人口)

- 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、出生高位、死亡中位の仮定に基づく人口を仮定。

(経済前提)

- 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り、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）＋経済成長に応じた改定の要素（B）
－ 薬・機器等に係る効率化要素（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) 経済成長に応じた改定の要素 : 当該年度の名目経済成長率の3分の1程度と仮定
- (C) 薬・機器等に係る効率化要素 : 年率0.1%程度と仮定

ケース②：賃金上昇率と物価上昇率の平均＋0.7%程度

【介護】

賃金上昇率と物価の上昇率とを、概ね65:35で加重平均

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 ~
名目経済 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) 社会保障検討本部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、それに基づく費用額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ことから、社会保障検討本部の推計においては「経済財政の中長期試算」の試算前提を考慮せず、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、在宅ともにニーズが増大するが、施設への入所を重度者中心とし、居住系、小規模多機能や定期巡回・随時対応サービスを充実させることで、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450万人/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などのコメディカル、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と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比の変化分について、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比の変化分について、仮に現行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額に換算すると、現行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たものであり、結果は相当程度の幅をもってみる必要がある。
- 本試算は、社会保障国民会議の医療・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、社会保障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革（平均在院日数短縮、入院減少）や長期療養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軽快により在宅医療・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見込んだことや医療における長期療養のニーズを新たな調査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、社会保障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%程度整備することを仮定し、特定施設の大幅な増加を見込んでいたが、本推計では、整備対象としてサービス付高齢者住宅等も考慮し、在宅の増加を重視したこと。
 - ・ 介護予防等要介護となるリスクを軽減する取り組み等により、平成37（2025）年度に要介護者等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年度からの積算で月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0.9万円引き上がっていることから、計算上は残りの月3.1万円分引き上げている。）
 - ・ 人口増減・高齢化による需要の変化とは別に織り込む医療の伸び率の、ケース①（B）の要素（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、今回は、平成20（2008）年秋以降の大幅なマイナス成長（平成20（2008）年度△4.2%、平成21（2009）年度△3.7%）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式を設定したこと。
仮に、5年前の経済成長率を機械的に適用すると、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が、平成27（2015）年度で3.8%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「現状をそのまま将来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をしている。
- ・ 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をしている。

（経済成長の仮定）

- ・ 本試算では、給付や負担のGDP比等を見るため、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るが、改革会議試算の基本的ケースでは、経済成長の仮定を置かず、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、算定期間中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、機能強化等の効果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

		伸び率 計	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 見直し等	
医療の伸び率: ケース①	現状投影シナリオ	3.2%	1.9%	0.4%	1.1%	△0.3%	—	
	改革シナリオ	パターン1					3.3%	0.1%
		パターン2					3.2%	0.0%
医療の伸び率: ケース②	現状投影シナリオ	3.2%	2.4%	—			—	
	改革シナリオ	パターン1					3.3%	0.1%
		パターン2					3.2%	0.0%

※医療の高度化等は、平成17(2005)～21(2009)年度の医療費の動向を踏まえた1.5%から、この間の平均在院日数の短縮及びそれに対応する一日当たり医療費の増加のネットの影響等を除いて、1.9%と設定。
 ※診療報酬改定等には、薬・機器等に係る効率化(△0.1%)分を含む。
 ※出生高位・死亡中位の人口推計を使用している。

高齢者医療制度改革会議試算

<高齢者医療制度改革会議の試算> …… 2010～2025年度の伸び率(年平均)

	伸び率 計	医療の高度化等	診療報酬改定	高齢化の影響	人口の減少
基本ケース	2.2%	1.5%	0.0%	1.3%	△0.5%
参考試算	3.3%		1.0%		

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
高度急性期	80万人/日	86万人/日 <small>（高度急性期 17万人/日 一般急性期 43万人/日 亜急性期等 26万人/日）</small>	16万人/日	97万人/日 <small>（高度急性期 19万人/日 一般急性期 49万人/日 亜急性期等 29万人/日）</small>	16万人/日
一般急性期			39万人/日		33万人/日
亜急性期・回復期等 <small>※現行医療療養の回復期 リハビリテーションを含む</small>			27万人/日		31万人/日
(急性期小計)	(80万人/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	24万人/日	21万人/日	31万人/日	25万人/日
精神病床	31万人/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)	(143万人/日)	(133万人/日)	(162万人/日)	(129万人/日)
介護施設 特養 老健(老健+介護療養)	92万人/日 48万人/日 44万人/日	115万人/日 61万人/日 54万人/日	106万人/日 57万人/日 49万人/日	161万人/日 86万人/日 75万人/日	131万人/日 72万人/日 59万人/日
(入院・介護施設小計)	(225万人/日)	(257万人/日)	(238万人/日)	(323万人/日)	(260万人/日)
居住系 特定施設 グループホーム	31万人/日 15万人/日 16万人/日	38万人/日 18万人/日 20万人/日	38万人/日 18万人/日 20万人/日	52万人/日 25万人/日 27万人/日	61万人/日 24万人/日 37万人/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 5万人/日 —	342万人/日 6万人/日 —	352万人/日 10万人/日 1万人/日	434万人/日 8万人/日 —	449万人/日 40万人/日 15万人/日
(居住系・在宅介護小計 うちGH・小規模多機能)	(335万人/日) (21万人/日)	(380万人/日) (26万人/日)	(391万人/日) (30万人/日)	(486万人/日) (35万人/日)	(510万人/日) (77万人/日)
外来・在宅医療 うち在宅医療等	794万人/日 17万人/日	812万人/日 19万人/日	807万人/日 23万人/日	828万人/日 20万人/日	809万人/日 29万人/日
上記利用者(重複あり)	(1353万人/日)	(1449万人/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		1億2157万人	

(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値である。具体的には、入院や入所はある日の入院・入所者数、外来・在宅医療はある日に外来・在宅医療を受けた患者数(通院等をしているがその日に医療機関にアクセスしていない者は含まない。)である。在宅介護と在宅医療等(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者をベースに計算したもの(例えば、介護保険の在宅サービスは基本的に受給者個々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てもよい)。

(注2)入院患者数、外来患者数の総数等は、「医療費の動向(MEDIAS)」(厚生労働省)による年間受診延日数を基礎に実績ベースの値を推計している。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。

※ 社会保障国民会議の医療・介護シミュレーションでは、この表に相当する表の表章の際に、患者調査(抽出調査)による数値を基礎として作成された数値がそのまま表章されており(上記のような調整を行っておらず)、また、注4の通り本推計では外来・在宅医療に歯科に係る患者数を含めていることから、本推計の外来・在宅医療の患者数の表章値の方が大きくみえることに留意が必要(費用推計上は影響しない)。

また、在宅介護は、表中の数値に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う見方も可能)。

(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科外来患者の減少を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介護が必要となるリスクを軽減する取り組みにより、施設・在宅等を通じて要介護者・サービス利用者が改革シナリオでは平成37(2025)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+5万円程度と設定している。

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)	平成37(2025)年度			
		現状投影シナリオ	改革シナリオ		
			各ニーズの単純な病床換算	地域一般病床を創設	
高度急性期	【一般病床】 107万床 75%程度 19～20日程度	【一般病床】 129万床 75%程度 19～20日程度	【高度急性期】 22万床 70%程度 15～16日程度 30万人/月	【高度急性期】 18万床 70%程度 15～16日程度 25万人/月	
一般急性期	退院患者数 125万人/月	(参考) 急性 15日程度 高度急性 19-20日程度 一般急性 13-14日程度 亜急性期等 75日程度 亜急性期等 57～58日程度 長期ケア 190日程度 ※推計値	【一般急性期】 46万床 70%程度 9日程度 109万人/月	【一般急性期】 35万床 70%程度 9日程度 82万人/月	【地域一般病床】 24万床 77%程度 19～20日程度
亜急性期・回復期リハ等			152万人/月	【亜急性期等】 35万床 90%程度 60日程度 16万人/月	【亜急性期等】 26万床 90%程度 60日程度 12万人/月
長期療養（慢性期）	23万床、91%程度 150日程度	34万床、91%程度 150日程度	28万床、91%程度 135日程度		
精神病床	35万床、90%程度 300日程度	37万床、90%程度 300日程度	27万床、90%程度 270日程度		
（入院小計）	166万床、80%程度 30～31日程度	202万床、80%程度 30～31日程度	159万床、81%程度 24日程度	159万床、81%程度 25日程度	
介護施設 特養 老健（老健+介護療養）	92万人分 48万人分 44万人分	161万人分 86万人分 75万人分	131万人分 72万人分 59万人分		
居住系 特定施設 グループホーム	31万人分 15万人分 16万人分	52万人分 25万人分 27万人分	61万人分 24万人分 37万人分		

(注1) 医療については「万床」はベッド数、「%」は平均稼働率、「日」は平均在院日数、「人/月」は月当たりの退院患者数。介護については、利用者数を表示。
 (注2) 「地域一般病床」は、高度急性期の1/6と一般急性期及び亜急性期等の1/4で構成し、新規入退院が若干減少し平均在院日数が若干長めとなるものと、仮定。
 ここでは、地域一般病床は、概ね人口5～7万人未満の自治体に暮らす者(今後2000～3000万人程度で推移)100人当たり1床程度の整備量を仮定。

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

パターン1	平成23年度 (2011)	平成27(2015)年度			
		現状投影シナリオ	改革シナリオ		
			各ニーズの単純な病床換算	地域一般病床を創設	
高度急性期	【一般病床】 107万床 75%程度 19~20日程度	【一般病床】 114万床 75%程度 19~20日程度	【高度急性期】 22万床 73~74%程度 18~19日程度 27万人/月	【高度急性期】 18万床 73~74%程度 18~19日程度 22万人/月	
一般急性期	退院患者数 125万人/月	(参考) 急性 15日程度 高度急性 19~20日程度 一般急性 13~14日程度 亜急性Ⅰ等 75日程度 亜急性Ⅱ等 57~58日程度 長期ニーズ 190日程度 ※推計値	【一般急性期】 53万床 73~74%程度 12日程度 97万人/月	【一般急性期】 40万床 73~74%程度 12日程度 73万人/月	【地域一般病床】 25万床 75~76%程度 23日程度 25万人/月
亜急性期・回復期リハ等		134万人/月	【亜急性期等】 34万床 79~80%程度 70~71日程度 11万人/月	【亜急性期等】 25万床 79~80%程度 70~71日程度 9万人/月	
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	23万床、91%程度 150日程度		
精神病床	35万床、90%程度 300日程度	36万床、90%程度 300日程度	33万床、90%程度 291~292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 29~30日程度	
介護施設 特養 老健(老健+介護療養)	92万人分 48万人分 44万人分	115万人分 61万人分 54万人分	106万人分 57万人分 49万人分		
居住系 特定施設 グループホーム	31万人分 15万人分 16万人分	38万人分 18万人分 20万人分	38万人分 18万人分 20万人分		

(注1) 平成27(2015)年度に係る注を参照。

(注2) この改革シナリオは、仮に、平成27(2015)年度において、ニーズに応じた機能分化が行われているものと仮定した場合の病床数等となっている。(実際には、改革途中であり、従来の一般病床等も残っている(その分、各機能分化した病床等が少なくなる)ものと考えられる。

医療・介護サービスごとの単価の見込み

※各単価は静態価格(2011年度価格)である。

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
高度急性期	【一般病床】 約129万円/月	【一般病床】 約129万円/月	約199万円/月	【一般病床】 約129万円/月	約247万円/月
一般急性期			約145万円/月		約191万円/月
亜急性期・回復期等			約104万円/月		約115万円/月
長期療養(慢性期)	約53万円/月	約53万円/月	約59万円/月	約53万円/月	約62万円/月
精神病床	約47万円/月	約47万円/月	約49万円/月	約47万円/月	約54万円/月
介護施設 特養 老健(療養含)	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 約33万円/月	約29万円/月 約31万円/月	約32万円/月 約34万円/月
居住系 特定施設 グループホーム	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30万円/月	約19万円/月 約28万円/月	約20万円/月 約30万円/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17万円/月
外来・在宅医療 外来等 在宅医療等	約1万円/日 約32万円/月	約1万円/日 約32万円/月	約1万円/日 約32万円/月	約1万円/日 約32万円/月	約1万円/日 約32万円/月

(注1) 介護の単価は、実際には要介護度別の単価であるが、ここでは加重平均値を表示している。

(注2) 外来等の単価は受診1日当たりの費用額(薬局調剤医療費等を含む)であり、在宅医療等については1人1月当たりの費用額である。

マンパワーの必要量の見込み

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
医師	29万人	30～ 32万人	30～ 31万人	33～ 35万人	32～ 34万人
看護職員	141万人	151～158万人	155～163万人	172～181万人	195～205万人
介護職員	140万人	161～169万人	165～173万人	213～224万人	232～244万人
医療その他職員	85万人	91～ 95万人	91～ 95万人	102～107万人	120～126万人
介護その他職員	66万人	76～ 80万人	79～ 83万人	100～105万人	125～131万人
合計	462万人	509～534万人	520～546万人	620～651万人	704～739万人

(注1) 医療機関及び介護サービス事業所に従事する全ての職員を対象として、実数として推計したものである。医師及び看護職員については、行政、研究機関、産業医、他の福祉施設等で従事する者も含んでいる。

※ 社会保障国民会議の医療・介護シミュレーションでは、医療や介護のその他職員には一定の職種のみを含む形で表章されており、本推計の表章値が比較的大きくみえることに留意が必要。

(注2) 非常勤の割合について現行から変動する可能性があるため、5%程度幅のある推計値となっている。(医療については現状+5%程度の幅を仮定、介護については現状±2.5%程度の幅を仮定。)

(注3) 医師及び看護職員については、病棟については病床当たりの職員配置を基本に配置増を織り込んで推計し、外来については患者数の伸びに比例させて推計した。また、在宅の看取りケアの体制強化を一定程度見込んだ。さらに、急性期等の病床に勤務する医師及び看護職員については、役割分担による負担軽減を見込んでいる。医師については、他の職種との役割分担により、20%業務量が減ることを見込んだ。看護職員については、医師の業務を分担する分と、他の職員に分担してもらう分とが相殺すると仮定した。

(注4) 介護職員は、施設・居住系については利用者数の伸びにより、在宅については利用者数及び利用回数の伸びにより推計している。また、改革シナリオでは、施設のユニット化推進による職員増と、訪問介護員については非正社員(1月の労働時間61.0時間)が介護職員の非正社員(1月の労働時間117.2時間)並に勤務すると仮定して推計している。(財)介護労働安定センター「平成21年度介護労働実態調査」による。)

(注5) 医療その他職員には、病院・診療所に勤務する薬剤師、OT、PTなどのコメディカル職種、医療ソーシャルワーカー(MSW)、看護補助者、事務職員等が含まれ、介護その他職員には、介護支援専門員、相談員、OT、PTなどのコメディカル職種等が含まれる。

医療・介護サービス費用の見込み

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	
		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	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
医療+介護 対GDP比 (%程度) 対NI比 (%程度) 名目額 (兆円程度)	9.8 13.6 48	10.8 14.9 55	10.7 14.8 55	11.1 15.3 57	11.0 15.1 56	12.8 17.7 78	12.9 17.8 78	13.6 18.7 83	13.7 18.8 83
医療 対GDP比 (%程度) 対NI比 (%程度) 名目額 (兆円程度)	8.1 11.1 39	8.7 12.0 45	8.6 11.9 44	8.8 12.2 45	8.7 12.0 45	9.9 13.7 60	10.0 13.8 61	10.1 13.9 61	10.1 14.0 62
介護 対GDP比 (%程度) 対NI比 (%程度) 名目額 (兆円程度)	1.8 2.4 9	2.1 2.9 11		2.2 3.1 11		2.9 4.0 17		3.5 4.8 21	
(参考) GDP (兆円程度) NI (兆円程度)	484 351			511 371			607 441		

(注1) 年度ベースの数値である。

(注2)「医療」は、国民医療費ベースの費用である。なお、2008年度の国民医療費は34.8兆円(対GDP比7.0%、対NI比9.9%)、2007年度のOECDベースの総保健医療支出は対GDP比8.1%程度となっている。

(注3)2015、2025年の「現状投影シナリオ」は現状のサービス利用状況や単価をそのまま将来に投影(将来の人口構成に適用)した場合、「改革シナリオ」はサービス提供体制等について機能強化や効率化等の改革を行った場合である。

(注4)2015、2025年の「ケース①」は医療の伸び率(人口増減や高齢化除く)について伸びの要素を積み上げて仮定した場合、「ケース②」は賃金と物価の伸びの平均に一定率を加えて仮定した場合である。

(参考) 充実、重点化・効率化の内訳

パターン1	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
現状投影シナリオから改革シナリオへの変化	+1.3兆円(+0.3%)	+1.3兆円(+0.3%)	+4.6兆円(+0.8%)	+4.6兆円(+0.8%)
【医療】 ・入院医療の機能強化 ・訪問診療の充実・入院減少に伴う外来増 ・平均在院日数の減少等 ・外来受診の適正化等(予防、連携、ICT等)	(計 +0.5兆円程度) + 1.7兆円程度 + 0.3兆円程度 △ 1.2兆円程度 △ 0.3兆円程度	(計 +0.5兆円程度) + 1.7兆円程度 + 0.3兆円程度 △ 1.1兆円程度 △ 0.3兆円程度	(計 +0.8兆円程度) + 6.6兆円程度 + 1.1兆円程度 △ 5.4兆円程度 △ 1.5兆円程度	(計 +0.8兆円程度) + 6.7兆円程度 + 1.1兆円程度 △ 5.4兆円程度 △ 1.5兆円程度
【介護】 ・介護職員の処遇改善 ・施設介護のユニット化 ・施設から居宅への移行 ・グループホームの整備 ・居宅サービスの充実 ・予防・改善効果 ・入院医療の効率化にともない需要増	(計 +0.8兆円程度) + 0.5兆円程度 + 0.1兆円程度 △ 0.2兆円程度 + 0.01兆円程度 + 0.4兆円程度 △ 0.1兆円程度 + 0.2兆円程度		(計 +3.9兆円程度) + 0.8兆円程度 + 0.2兆円程度 △ 0.8兆円程度 + 0.2兆円程度 + 3.3兆円程度 △ 0.6兆円程度 + 0.8兆円程度	

(注1)費用の見込みに関する注を参照。

(注2)%表示は、対GDP比である。

(注3)一定の経済成長を見込んでいるので、本来、名目額をみる際には留意が必要。また、例えば、入院医療の機能強化と平均在院日数の短縮等の効率化等とは一体的なものである等、充実と重点化・効率化とは相互に関連するものであるが、ここでは、現状投影シナリオから改革シナリオへの変化額について、相当程度の仮定の下で、要素ごとの影響を計算。

医療・介護サービス費用の財源（対GDP比）のごく粗い見込み

- 本推計における医療・介護費用の財源構造は、次のような一定の仮定をおいてごく粗く計算を行ったもの。本来は提供体制の改革等に伴い年齢間の医療費や介護費用の比率等に変化が生じる可能性があるが、そこまでの詳細な推計は行っていない。
- ・ 医療については、高齢者医療改革会議（第11回（2010年10月）、厚生労働省）で示された医療費の将来推計の足下を平成23（2011）年度予算ベースにおきかえたもの（改革案のうち、現行制度（高齢者保険料負担率の見直し後）をベース）を使用。なお、医療に係る公費には、70～74歳の一部負担を補填する分や後期高齢者医療制度における被扶養者の保険料軽減分（の一部）及び所得割5割軽減分など補正予算により対応がなされている分（年度によって0.3～0.5兆円、対GDP比で0.1%弱程度）が含まれている。（ただし、本推計のようなオーダーでみる場合、改革や補正予算で対応がなされている分の影響は比較的小さいと考えられる。）
 - ・ 介護については、現行制度の公費や保険料の負担の仕組みに基づき計算（第1号被保険者と第2号被保険者の保険料負担割合は将来人口推計に基づき、第2号被保険者保険料に占める公費の割合は2011年度予算に基づき設定）。

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		
		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	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	
医療+介護 保険料 公費 自己負担	(%程度) (%程度) (%程度) (%程度)	9.8 4.7 3.9 1.3	10.8 5.1 4.3 1.4	10.7 5.0 4.3 1.4	11.1 5.2 4.5 1.4	11.0 5.1 4.4 1.4	12.8 5.8 5.5 1.5	12.9 5.8 5.6 1.6	13.6 6.1 5.9 1.6	13.7 6.1 5.9 1.6
医療 保険料 公費 自己負担	(%程度) (%程度) (%程度) (%程度)	8.1 4.0 2.9 1.2	8.7 4.2 3.3 1.2	8.6 4.2 3.2 1.2	8.8 4.3 3.3 1.3	8.7 4.2 3.3 1.2	9.9 4.6 4.0 1.3	10.0 4.6 4.1 1.3	10.1 4.6 4.1 1.3	10.1 4.7 4.1 1.4
介護 保険料 公費 自己負担	(%程度) (%程度) (%程度) (%程度)	1.8 0.7 0.9 0.1	2.1 0.8 1.1 0.2	2.2 0.9 1.2 0.2	2.9 1.2 1.5 0.2	3.5 1.4 1.8 0.3				
(参考) GDP NI	(兆円程度) (兆円程度)	484 351	511 371		607 441					

(注)費用の見込みに関する注を参照。

(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	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
医療+介護	1.0	0.9	1.2	1.1	3.0	3.1	3.8	3.8
保険料	0.4	0.3	[0.3]	[0.3]	1.1	1.1	[0.8]	[0.8]
公費	0.5	0.5	[0.1]	[0.1]	1.7	1.7	[0.3]	[0.3]
自己負担	0.1	0.1	[0.1]	[0.1]	0.2	0.2	[0.4]	[0.4]
			[0.0]	[0.0]			[0.1]	[0.1]
医療	0.7	0.6	0.8	0.7	1.9	1.9	2.0	2.1
保険料	0.3	0.2	[0.1]	[0.1]	0.6	0.6	[0.1]	[0.1]
公費	0.3	0.3	[0.1]	[0.0]	1.1	1.1	[0.1]	[0.1]
自己負担	0.1	0.0	[0.0]	[0.0]	0.1	0.1	[0.1]	[0.1]
			[0.0]	[0.0]			[0.0]	[0.0]
介護	0.3		0.5		1.1		1.8	
保険料	0.1		[0.2]		0.5		[0.6]	
公費	0.2		0.2		0.6		0.7	
自己負担	0.0		[0.1]		0.1		[0.3]	
			0.2				0.9	
			[0.1]				[0.3]	
			0.0				0.1	
			[0.0]				[0.0]	
(参考) GDP NI	(単位: 兆円程度) 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。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
高度急性期	80万人/日	86万人/日 <small>〔高度急性期 17万人/日 一般急性期 26万人/日 亜急性期等 43万人/日〕</small>	16万人/日	97万人/日 <small>〔高度急性期 19万人/日 一般急性期 29万人/日 亜急性期等 49万人/日〕</small>	16万人/日
一般急性期			23万人/日		20万人/日
軽度急性期及び 亜急性期・回復期リハ等 <small>※現行医療療養の回復期リハビリ テーションを含む</small>			42万人/日		36万人/日
(急性期小計)	(80万人/日)	(86万人/日)	(82万人/日)	(97万人/日)	(72万人/日)
長期療養(慢性期) <small>※現状・現状投影シナリオは医療療養相当、 2025年の改革シナリオは現行一般病床の 長期療養ニーズを含む</small>	21万人/日	24万人/日	21万人/日	31万人/日	34万人/日
精神病床	31万人/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)	(143万人/日)	(133万人/日)	(162万人/日)	(130万人/日)
介護施設 特養 老健(老健+介護療養)	92万人/日 48万人/日 44万人/日	115万人/日 61万人/日 54万人/日	106万人/日 57万人/日 49万人/日	161万人/日 86万人/日 75万人/日	132万人/日 73万人/日 59万人/日
(入院・介護施設小計)	(225万人/日)	(257万人/日)	(238万人/日)	(323万人/日)	(261万人/日)
居住系 特定施設 グループホーム	31万人/日 15万人/日 16万人/日	38万人/日 18万人/日 20万人/日	38万人/日 18万人/日 20万人/日	52万人/日 25万人/日 27万人/日	61万人/日 24万人/日 37万人/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 5万人/日 —	342万人/日 6万人/日 —	352万人/日 10万人/日 1万人/日	434万人/日 8万人/日 —	450万人/日 40万人/日 15万人/日
(居住系・在宅介護小計 うちGH・小規模多機能)	(335万人/日) (21万人/日)	(380万人/日) (26万人/日)	(391万人/日) (30万人/日)	(486万人/日) (35万人/日)	(511万人/日) (77万人/日)
外来・在宅医療 うち訪問診療等	794万人/日 17万人/日	812万人/日 19万人/日	807万人/日 23万人/日	828万人/日 20万人/日	809万人/日 29万人/日
上記利用者(重複あり)	(1353万人/日)	(1449万人/日)	(1436万人/日)	(1637万人/日)	(1581万人/日)
(参考)総人口	1億2729万人	1億2623万人		1億2157万人	

(注)パターン1に係る注を参照。

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37(2025)年度		
		現状投影シナリオ	改革シナリオ	
			各ニーズの単純な病床換算	地域一般病床を創設
高度急性期	【一般病床】 107万床 75%程度 19~20日程度	【一般病床】 129万床 75%程度 19~20日程度	【高度急性期】 22万床 30万人/月 70%程度 15~16日程度	【高度急性期】 18万床 25万人/月 70%程度 15~16日程度
一般急性期	退院患者数 125万人/月	(参考) 急性 15日程度 高度急性 19~20日程度 一般急性 13~14日程度 亜急性リハ等 75日程度 亜急性リハ等 57~58日程度 長期ニーズ 190日程度 ※推計値	【一般急性期】 28万床 66万人/月 70%程度 9日程度	【一般急性期】 21万床 49万人/月 70%程度 9日程度
軽度急性期及び 亜急性期・回復期リハ等		152万人/月	【その他等】 41万床 58万人/月 90%程度 19~20日程度 (うち亜急性期等(6月未済)は46日程度)	【その他等】 30万床 43万人/月 90%程度 19~20日程度 (うち亜急性期等(6月未済)は46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	37万床、91%程度 139日程度	
精神病床	35万床、90%程度 300日程度	37万床、90%程度 300日程度	27万床、90%程度 270日程度	
(入院小計)	166万床、80%程度 30~31日程度	202万床、80%程度 30~31日程度	155万床、83~84%程度 24日程度	155万床、83~84%程度 25日程度
介護施設 特養 老健（老健+介護療養）	92万人分 48万人分 44万人分	161万人分 86万人分 75万人分	132万人分 73万人分 59万人分	
居住系 特定施設 グループホーム	31万人分 15万人分 16万人分	52万人分 25万人分 27万人分	61万人分 24万人分 37万人分	

(注) パターン1に係る注を参照。

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

パターン2	平成23年度 (2011)	平成27(2015)年度		
		現状投影シナリオ	改革シナリオ	
			各ニーズの単純な病床換算	地域一般病床を創設
高度急性期	【一般病床】 107万床 75%程度 19~20日程度	【一般病床】 114万床 75%程度 19~20日程度	【高度急性期】 22万床 73~74%程度 18~19日程度 27万人/月	【高度急性期】 18万床 73~74%程度 18~19日程度 22万人/月
一般急性期	退院患者数 125万人/月	(参考) 急性 15日程度 高度急性 19~20日程度 一般急性 13~14日程度 亜急性Ⅰ等 75日程度 亜急性Ⅱ等 57~58日程度 長期コース 190日程度 ※推計値	【一般急性期】 32万床 73~74%程度 12日程度 58万人/月	【一般急性期】 24万床 73~74%程度 12日程度 44万人/月
軽度急性期及び 亜急性期・回復期リハ等		134万人/月	【その他等】 53万床 79~80%程度 25~26日程度 50万人/月 (うち亜急性期等(6月未満)は54日程度)	【その他等】 40万床 79~80%程度 25~26日程度 38万人/月 (うち亜急性期等(6月未満)は54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	23万床、91%程度 150日程度	
精神病床	35万床、90%程度 300日程度	36万床、90%程度 300日程度	33万床、90%程度 291~292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	164万床、81%程度 28~29日程度	164万床、83%程度 29~30日程度
介護施設 特養 老健(老健+介護療養)	92万人分 48万人分 44万人分	115万人分 61万人分 54万人分	106万人分 57万人分 49万人分	
居住系 特定施設 グループホーム	31万人分 15万人分 16万人分	38万人分 18万人分 20万人分	38万人分 18万人分 20万人分	

(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

※各単価は静態価格(2011年度価格)である。

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
高度急性期	【一般病床】 約129万円 / 月	【一般病床】 約129万円 / 月	約199万円 / 月	【一般病床】 約129万円 / 月	約247万円 / 月
一般急性期			約145万円 / 月		約191万円 / 月
軽度急性期及び 亜急性期・回復期リハ等			約116万円 / 月		約140万円 / 月
長期療養(慢性期)	約53万円 / 月	約53万円 / 月	約59万円 / 月	約53万円 / 月	約65万円 / 月
精神病床	約47万円 / 月	約47万円 / 月	約49万円 / 月	約47万円 / 月	約54万円 / 月
介護施設 特養 老健(療養含)	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 約33万円 / 月	約29万円 / 月 約31万円 / 月	約32万円 / 月 約34万円 / 月
居住系 特定施設 グループホーム	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30万円 / 月	約19万円 / 月 約28万円 / 月	約20万円 / 月 約30万円 / 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17万円 / 月
外来・在宅医療 外来等 在宅医療等	約1万円 / 日 約32万円 / 月	約1万円 / 日 約32万円 / 月	約1万円 / 日 約32万円 / 月	約1万円 / 日 約32万円 / 月	約1万円 / 日 約32万円 / 月

(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

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
医師	29万人	30～ 32万人	29～ 30万人	33～ 35万人	30～ 32万人
看護職員	141万人	151～158万人	151～158万人	172～181万人	184～192万人
介護職員	140万人	161～169万人	165～173万人	213～224万人	232～244万人
医療その他職員	85万人	91 ～95万人	90～ 95万人	102～107万人	112～117万人
介護その他職員	66万人	76～ 80万人	79～ 84万人	100～105万人	125～131万人
合計	462万人	509～534万人	514～540万人	620～651万人	683～717万人

(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

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	
		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	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
医療+介護 対GDP比 (%程度) 対NI比 (%程度) 名目額 (兆円程度)	9.8 13.6 48	10.8 14.9 55	10.7 14.8 55	11.0 15.2 56	10.9 15.1 56	12.8 17.7 78	12.9 17.8 78	13.5 18.6 82	13.6 18.7 82
医療 対GDP比 (%程度) 対NI比 (%程度) 名目額 (兆円程度)	8.1 11.1 39	8.7 12.0 45	8.6 11.9 44	8.8 12.1 45	8.7 12.0 44	9.9 13.7 60	10.0 13.8 61	10.0 13.7 61	10.0 13.8 61
介護 対GDP比 (%程度) 対NI比 (%程度) 名目額 (兆円程度)	1.8 2.4 9	2.1 2.9 11		2.2 3.1 11		2.9 4.0 17		3.5 4.9 21	
(参考) GDP (兆円程度) NI (兆円程度)	484 351	511 371				607 441			

(注)パターン1に係る注を参照。

(参考) 充実、重点化・効率化の内訳

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
現状投影シナリオから改革シナリオへの変化	+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】 ・入院医療の機能強化 ・訪問診療の充実・入院減少に伴う外来増 ・平均在院日数の減少等 ・外来受診の適正化等(予防、連携、ICT等)	(計 +0.3 兆円程度) + 1.5 兆円程度 + 0.3 兆円程度 △ 1.1 兆円程度 △ 0.3 兆円程度	(計 +0.3 兆円程度) + 1.5 兆円程度 + 0.3 兆円程度 △ 1.1 兆円程度 △ 0.3 兆円程度	(計 +0.1 兆円程度) + 6.5 兆円程度 + 1.1 兆円程度 △ 5.9 兆円程度 △ 1.5 兆円程度	(計 +0.1 兆円程度) + 6.5 兆円程度 + 1.1 兆円程度 △ 5.9 兆円程度 △ 1.5 兆円程度
【介護】 ・介護職員の処遇改善 ・施設介護のユニット化 ・施設から居宅への移行 ・グループホームの整備 ・居宅サービスの充実 ・予防・改善効果 ・入院医療の効率化にともない需要増	(計 +0.8 兆円程度) + 0.5 兆円程度 + 0.1 兆円程度 △ 0.2 兆円程度 + 0.01 兆円程度 + 0.4 兆円程度 △ 0.1 兆円程度 + 0.2 兆円程度		(計 +3.9 兆円程度) + 0.8 兆円程度 + 0.2 兆円程度 △ 0.8 兆円程度 + 0.2 兆円程度 + 3.3 兆円程度 △ 0.6 兆円程度 + 0.9 兆円程度	

(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		
		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	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	
医療+介護 保険料 公費 自己負担	(%程度) (%程度) (%程度) (%程度)	9.8 4.7 3.9 1.3	10.8 5.1 4.3 1.4	10.7 5.0 4.3 1.4	11.0 5.2 4.5 1.4	10.9 5.1 4.4 1.4	12.8 5.8 5.5 1.5	12.9 5.8 5.6 1.6	13.5 6.0 5.9 1.6	13.6 6.1 5.9 1.6
医療 保険料 公費 自己負担	(%程度) (%程度) (%程度) (%程度)	8.1 4.0 2.9 1.2	8.7 4.2 3.3 1.2	8.6 4.2 3.2 1.2	8.8 4.3 3.3 1.3	8.7 4.2 3.2 1.2	9.9 4.6 4.0 1.3	10.0 4.6 4.1 1.3	10.0 4.6 4.0 1.3	10.0 4.6 4.1 1.3
介護 保険料 公費 自己負担	(%程度) (%程度) (%程度) (%程度)	1.8 0.7 0.9 0.1	2.1 0.8 1.1 0.2	2.2 0.9 1.2 0.2	2.9 1.2 1.5 0.2	3.5 1.4 1.8 0.3				
(参考) GDP NI	(兆円程度) (兆円程度)	484 351	511 371		607 441					

(注)パターン1に係る注を参照。

(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2	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	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
医療+介護	1.0	0.9	1.2	1.1	3.0	3.1	3.7	3.7
保険料	0.4	0.3	0.5	0.4	1.1	1.1	1.4	1.4
公費 (単位: %程度)	0.5	0.5	0.6	0.6	1.7	1.7	2.0	2.1
自己負担	0.1	0.1	0.1	0.1	0.2	0.2	0.3	0.3
			[0.2]	[0.2]			[0.7]	[0.7]
			[0.1]	[0.1]			[0.3]	[0.3]
			[0.1]	[0.1]			[0.3]	[0.3]
			[0.0]	[0.0]			[0.1]	[0.1]
医療	0.7	0.6	0.7	0.6	1.9	1.9	1.9	2.0
保険料	0.3	0.2	0.3	0.2	0.6	0.6	0.6	0.7
公費 (単位: %程度)	0.3	0.3	0.4	0.3	1.1	1.1	1.1	1.1
自己負担	0.1	0.0	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1
			[0.0]	[0.0]			[0.0]	[0.0]
			[0.0]	[0.0]			[0.0]	[0.0]
			[0.0]	[0.0]			[0.0]	[0.0]
介護	0.3		0.5		1.1		1.8	
保険料	0.1		0.2		0.5		0.7	
公費 (単位: %程度)	0.2		0.2		0.6		0.9	
自己負担	0.0		0.0		0.1		0.1	
				[0.0]			[0.0]	[0.0]
(参考) GDP (単位: 兆円程度)	511				607			
NI	371				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)年度途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、費用推計等の足下としている。また、入院患者数等の計数整理に関して、
$$\text{ある日の入院患者数} = \text{ある日の新規入(退)院患者数} \times \text{平均在院日数}$$
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、歯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)年度の入院や入院外の受診延日数を、入院は365日で除することで、入院外は270日(平日を1、土曜日を0.5として数えた医療機関の稼働日数の概算値)で除することで、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(2007)年度の実績ベースの値を把握。
 - ・ 食事や生活療養の費用は入院の費用に含め、薬局調剤医療費は「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別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示料等の算定回数との比で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)年度実績ベースの数値に、「医療費の動向」による平成22(2010)年度上半期の対前年同期比を乗じ、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補正。
 - ・ 一般病床、療養病床、精神病床等ごとの患者数、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)等から設定。
- 介護の、施設・在宅別サービス利用者数や単価等
 - ・ 「介護保険事業状況報告」及び「介護給付費実態調査」(いずれも厚生労働省、全数統計)における、平成22(2010)年途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利用者数及び単価等を設定。
 - ・ 平成23(2011)年度末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16万人分程度増加)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補正。

○ 将来推計の現状投影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（病床）・外来別、性・年齢階級別の患者数を使用し、介護については「介護給付費実態調査」（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対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・年齢計の利用者数等で補正して、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投影シナリオを推計。）

○ 主に病床の機能分化を考える際に必要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、社会保障国民会議の仮定等を踏まえて、高度急性期：一般急性期：亜急性期・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、退院患者のうち手術、放射線治療等を受けた者は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等を踏まえ、
 - 一般急性期（5割相当）のうち概ね2割相当は軽度の急性期のニーズであること
 - 亜急性期・回復期リハ等（3割相当）のうち概ね1割相当程度は慢性期入院ニーズであることを仮定。
- ・ 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障国民会議の仮定等を踏まえて19～20日程度と仮定。
- ・ 亜急性期・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障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亜急性期・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127万円/月程度）。また、平均在院日数は社会保障国民会議の仮定等を踏まえて13～14日程度と仮定。結果として、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、内訳と合計が整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軽度急性期のニーズについては単価及び平均在院日数ともに一般急性期と同程度と仮定、亜急性期・回復期リハ等のうちの長期療養ニーズ（概ね6月以上入院）については、医療療養と同程度から若干高めの単価と、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。

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

	利用者数/日 (万人)	新入院発生数/日 (万人)	平均在院日数 (日)	単価 (万円)	費用総額 (兆円)
医療＋介護					47.6
医療計					39.1
入院計	133	4.4	30.5	98	15.6
一般病床	80	4.1	19.5	129	12.4
(急性期)	(56)	(3.8)	(14.8)	(142)	(9.6)
(高度急性期)	(16)	(0.8)	(19.5)	(180)	(3.5)
(一般急性期)	(40)	(3.0)	(13.5)	(127)	(6.1)
(一般急性期)	(24)	(1.8)	(13.5)	(127)	(3.7)
(軽度急性期)	(16)	(1.2)	(13.5)	(127)	(2.4)
(亜急性期・回復期リハ等)	(24)	(0.3)	(74.9)	(100)	(2.9)
(6月未満)	(16)	(0.3)	(57.5)	(118)	(2.3)
(6月以上入院)	(8)	(0.0)	(190.0)	(65)	(0.6)
長期療養	21	0.1	150.0	53	1.4
精神病床	31	0.1	300.0	47	1.8
結核・感染症病床	0.3	0.0	70.0	98	0.0
外来計	794			1.1	23.5
病院系	165			2.0	8.8
一般診療所系	478			0.9	12.0
歯科	151			0.7	2.7
介護計	426			17	8.5
施設・居住系計	123			29	4.2
施設計	92			31	3.4
特養	48			29	1.7
老健(従来型)	35			30	1.2
老健(療養型)／介護療養	9			39	0.4
特定施設	15			18	0.3
GH	16			28	0.5
居宅系	304			11	4.1
地域支援事業					0.2

(参考 2) 改革の具体的シナリオ

サービス利用・単価等に係る具体的なシナリオ

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
 ※単価等の価格は平成23(2011)年度価格

	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手厚く集中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(医育機関+NC病院の平均)から、15～16日程度に短縮(2割程度短縮)を図る。これを実現するために、医師、看護職員を始めとする人員配置について、</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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 ・ 医療クラーク、地域連携や診療情報の担当者など診療支援・調整体制の強化 <p>など、現在の一般病床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2割程度減少し、高度急性期医療ニーズは、現状投影シナリオの19万人/日程度から16万人/日程度となる。</p> <p>減少した3万人/日程度のニーズは、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られることによる減少分であり、概ね半分程度は亜急性期等の病床で対応するニーズに移り、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需要減と仮定する。</p>	<p>平均在院日数を2割程度短縮するために、1病床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、勤務改善のほか、役割分担(スキルミックス)、他の医療機関等との連携も進めやすくなる。</p> <p>これは、現在の一般病床平均(約129万円/月程度)と比較すると、2倍程度(1病床当たり職員数でみて2倍強程度、単価でみて1.9倍程度)の水準となる。</p> <p>■現在のハイケアユニットの単価213万円/月程度(※1)×(1+0.2×0.8(※2))=約247万円/月程度 (※1)ハイケアユニット入院時医学管理料4500点/日に、検査・投薬・手術等の点数が2000～3000点/日あるものと仮定して、7000点/日程度と仮定 (※2)人件費、医薬品、材料及び医療機器等の割合が約8割と仮定</p>

パターン1	サービス利用	単価等
<p>一般急性期</p>	<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日程度であることから、高度急性期を19～20日程度とおくと13～14日程度となる)から、9日程度に短縮(33%程度短縮)を図る。これを実現するために、医師、看護職員を始めとする人員配置について、</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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 ・ 医療クラーク、地域連携や診療情報の担当者など診療支援・調整体制の強化など、現在の一般病床平均と比較しておおむね1.6倍とする。 <p>これにより一日あたりの患者も、33%程度減少し、一般急性期医療ニーズは、現状投影シナリオの49万人/日程度から33万人/日程度となる。</p> <p>減少した16万人/日程度のニーズは、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られることによる減少分であり、概ね半分程度は亜急性期等の病床で対応するニーズに移り、概ね半分程度は早期の軽快により外来対応等に切り替わることによる入院需要減と仮定する。</p>	<p>平均在院日数を33%程度短縮するために、1病床当たり職員数など医療資源投入量を、現在の一般病床平均と比較して1.6倍程度とする。</p> <p>■現在の一般病床の平均単価129万円/月程度×(1+0.6×0.8(※))=約191万円/月程度 (※)人件費、医薬品、材料及び医療機器等の割合が約8割と仮定</p>
<p>亜急性期・回復期リハ等</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。</p> <p>また、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、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短縮を見込む。そのため、リハビリ、地域連携、退院時支援等の観点から、コメディカルを中心に3割程度の増員を図る。</p> <p>亜急性期等のニーズは、29万人/日程度の現状投影ニーズに、高度急性期及び一般急性期から移行する11万人/日程度を加え、39万人/日程度となるが、2割程度の期間短縮効果により8万人/日が軽快する、あるいは長期療養(慢性期)や介護施設等に移るものと見込む。</p> <p>減少した8万人/日程度は、1/4程度は長期療養(慢性期)、1/4程度は介護(主に施設)、1/2程度は早期の軽快により外来対応等に切り替わることによる入院需要減と仮定する。</p>	<p>亜急性期等においては医療・看護・リハビリの必要度が高まること、また、おおむね2割程度の在院日数の短縮を見込むため、コメディカルを中心に3割程度の増員を図るものと仮定する。</p> <p>■現在の亜急性期等の平均単価100万円/月程度×(1+0.3×0.5(※))=115万円/月程度 (※)人件費の割合を5割程度と仮定</p>

パターン1	サービス利用	単価等
<p>長期療養 (慢性期)</p>	<p>医療療養のうち、医療区分1に該当する約25%が介護施設(介護療養から移行した老健施設)に移行する一方、介護施設(介護療養から移行した老健施設)から、医療区分2及び3に該当する約28%が医療療養に移行するものと仮定する。(2015年頃まで)</p> <p>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。また、リハビリ、栄養管理、口腔ケアなどケアの向上を図りつつ、地域の診療所・介護サービス等との連携による退院支援を行うこと、24時間対応可能な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看取りが出来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短縮を見込む。(平成27(2015)年頃から) そのため、リハビリ等に対応するスタッフ、地域連携の担当者など1割程度の増員を図る。</p> <p>長期療養のニーズは、31万人/日程度の現状投影ニーズに、亜急性期等からの2万人/日程度を加え、介護施設との間の移行によるネットでの5万人/日程度の減少を控除して28万人/日程度となり、さらに在院日数の1割程度の短縮により、25万人/日程度となる。</p> <p>平均在院日数の短縮に伴い減少した3万人/日は、在宅医療のほか、介護サービスで対応されるものと仮定する。</p>	<p>医療区分2及び3に特化したことで単価が上昇し、約59万円/月程度となる。</p> <p>さらに、コメディカルを中心に1割程度の増員を図るものと仮定する。</p> <p>■59万円/月程度×(1+01×0.5(※))=62万円/月程度 (※)人件費の割合を5割程度と仮定</p>
<p>精神科入院</p>	<p>精神病床については、機能に応じた体制の充実とともに、退院支援、アウトリーチ(訪問支援)等の充実により、在院日数の1割程度短縮及び入院の2割程度の減少を仮定する。こうした医療形態の変化に対応するため、コメディカルを中心に3割程度の増員を図る。</p> <p>精神病床のニーズは、34万人/日程度の現状投影ニーズから、概ね10万人/日程度減少し24万人/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・外来対応等となると仮定する。</p>	<p>機能に応じた体制の充実、退院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割程度の増員を図るものと仮定する。</p> <p>■47万円/月程度×(1+0.3×0.5(※))=54万円/月程度 (※)人件費の割合を5割程度と仮定</p>

パターン1	サービス利用	単価等
医療から介護への移行等	上記の結果、医療機関の入院ニーズは、162万人/日程度の現状投影ニーズから、33万人/日程度が介護や外来・在宅医療での対応に移行する。このうち、14万人/日程度は、介護ニーズが必要になるものと考えられる。	—
介護施設 (特養・老健)	<p>まず、現状投影シナリオにおいて、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%程度、要介護1は2015年度から施設利用せずと仮定)する。</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>さらに、ユニットケアが普及し、老健では5割(平成27(2015)年度は3割)程度が、特養では7割程度がユニット型となるものと仮定する。</p> <p>医療から介護に移行する者については、6割が施設を利用するものと仮定する。</p> <p>介護予防等リスクを軽減する取り組みにより、利用者が3%程度減少するものと仮定する。</p>	<p>要介護度に応じた単価を設定</p> <p>現行の要介護度の平均で、特養・老健30万円/月程度、介護療養40万円/月程度を基礎として設定</p> <p>療養型の老人保健施設の単価は従来型の老人保健施設+5万円程度と仮定</p> <p>改革シナリオにおいてはユニット型の普及に伴い単価が上昇すること及び介護職員の処遇改善を仮定</p>
居住系 (特定施設・GH)	<p>認知症への対応のため、グループホームについて拡充を図ることを仮定する。</p> <p>具体的には、今後も直近3年間の平均伸び率を維持して整備し続けると仮定する。この結果、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が平成37(2025)年頃までに2割程度まで増加(現行12%程度)し、概ね37万人/日分程度整備されるものと考えられる。</p> <p>(※)約200万人を超える程度と推計される。</p> <p>介護予防等リスクを軽減する取り組みにより、利用者が3%程度減少するものと仮定する。</p>	<p>要介護度に応じた単価を設定</p> <p>現行の要介護度の平均で、特定施設18~19万円/月程度、グループホーム28万円/月程度を基礎として設定</p> <p>改革シナリオにおいては介護職員の処遇改善を仮定</p>

パターン1	サービス利用	単価等
<p>外来・在宅医療</p>	<p>医療・介護の機能分化を進め、早期の退院やなるべく入所の必要性を低くするためには、外来や在宅医療、在宅ケアの充実強化が不可欠となる。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なる。</p> <p>医療については、在宅医療の充実を図ることを仮定する。具体的には、現状約16万人程度の在宅医療・訪問看護の利用者を平成37(2025)年度に29万人程度まで増加するものと仮定する。</p> <p>一方、一層効率化を進める要素として、生活習慣病予防、医療機関や医療介護の連携、ICTの活用等の取り組みにより、医科外来ニーズ(上記入院ニーズからの外来への移行分を除く)が、5%程度減少するものと仮定する。</p> <p>さらに、病院と診療所との役割分担を仮定し、病院の外来・在宅医療の患者数の半分程度が診療所に移行するものと仮定する。</p>	<p>外来に係る単価は、訪問診療・訪問看護・薬局調剤医療費も含めて、現行と同様病院2万円/日程度、診療所0.9万円/日程度と仮定(※) ※医科の平均で1.2万円/日程度、歯科(0.7万円/日程度と仮定)を合わせて全体の平均で1.1万円/日程度</p> <p>在宅医療・訪問看護については、現行の利用状況から32万円/月程度を仮定</p> <p>精神科入院から外来・在宅医療に移行するニーズについては、平均1.8万円/日程度(週3日程度の対応)と仮定</p>
<p>医療・介護の連携と在宅介護</p>	<p>医療・介護の機能分化を進め、効率化をはかるためには、早期の退院やなるべく入所の必要性を低くすることができるような、外来や在宅医療、在宅ケアの充実強化が不可欠となる。</p> <p>まず、医療に関して、入院医療に関する職員の増員により地域連携に携わる職員も増員となることに加え、中学校区1～2程度に1人程度の割合でMSW等地域における在宅医療連携に携わる職員の増加を仮定する。</p> <p>介護については、比較的中重度や認知症のケースでは、限度額に近い利用となるものと仮定する一方、小規模多機能と定期巡回・随時対応の訪問介護を推進することにより、在宅でのケアを推進することを仮定する。</p> <p>小規模多機能については、約40万人分(平成27(2015)年度に10万人分、平成32(2020)年度に20万人分)を確保。これにより、グループホームの充実と合わせて、認知症対応の充実強化を図る。定期巡回・随時対応については、15万人分(平成27(2015)年度に1万人分、平成32(2020)年度に5万人分)を確保し、小規模多機能と合わせて50～60万人程度の在宅ケアを支えることを仮定する。</p> <p>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%程度減少するものと仮定する。</p>	<p>要介護度ごとの単価設定</p> <p>中重度者や認知症のある者を中心に、サービス利用が進むものと仮定</p> <p>限度額に対する利用割合が、要支援1、2については毎年1%、要介護1～5については平成27(2015)年度までは毎年1.5%程度、平成32(2020)年度までは毎年2%程度、平成27(2025)年度までは毎年2.5%程度、80%を上限に上昇するものと仮定。ただし要介護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まで引き上がると仮定</p> <p>介護職員の処遇改善(賃金の上昇)を織り込み</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等について整理したものである。平成23(2011)年度(足下)から平成37(2025)年度の間については、基本的には、平成37(2025)年における改革の効果(例えば、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))を線形で補間して推計。

別案(パターン2)

※平成37(2025)年度における改革のイメージ
 ※単価等の価格は平成23(2011)年度価格

	サービス利用	単価等
高度急性期	(パターン1に同じ)	(パターン1に同じ)
一般急性期 (軽度急性期を除く)	<p>(平均在院日数短縮とその表裏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、現状投影シナリオの29万人/日程度から20万人/日程度となる。</p> <p>減少した10万人/日程度のニーズは、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られることによる減少分であり、概ね半分程度は亜急性期等の病床で対応するニーズに移り、概ね半分程度は早期の軽快により外来対応等に切り替わることによる入院需要減と仮定する。</p>	<p>(平均在院日数短縮とその表裏の機能強化については、パターン1に同じ)</p>
軽度急性期及び亜急性期・回復期リハ等(以下では「亜急性期等」と表記)	<p>在宅療養患者を含む地域住民の軽症等を中心とする軽度急性期ニーズについて、連携の観点から亜急性期・回復期等とあわせて、医療資源の投入強化を図る。</p> <p>特に、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。併せて、在宅療養患者の急性増悪時の対応等も重要になる。</p> <p>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2割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、49万人/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7万人/日を加え、55万人/日となるが、2割程度の期間短縮効果により11万人/日が軽快する、あるいは長期療養(慢性期)や介護施設等に移るものと見込む</p> <p>減少した11万人/日は、1/4程度は長期療養(慢性期)、1/4程度は介護(主に施設)、1/2程度は早期の軽快により外来対応等に切り替わることによる入院需要減と仮定する。</p>	<p>亜急性期等においては医療・看護・リハビリの必要度が高まること、また、おおむね2割程度の在院日数の短縮を見込むため、コメディカルを中心に3割程度の増員を図るものと仮定する。</p> <p>■ここでの亜急性期等の平均単価112万円/月程度 $\times (1 + 0.3 \times 0.5(\text{※})) = 128$万円/月程度 (※)人件費の割合を5割程度と仮定</p>
	<p>さらに、このうち長期療養ニーズに相当すると考えられる8万人/日程度は、順次、長期療養(従来の医療療養とは多少異なるカテゴリーになる)に移行するものと仮定する。(平成27(2015)年頃から)</p>	<p>■移行により亜急性期等の平均単価=140万円/月程度を仮定</p>

パターン2	サービス利用	単価等
長期療養 (慢性期)	(長期療養のうち、現行の医療療養に係る部分については、パターン1に同じ)	(長期療養のうち、現行の医療療養に係る部分については、パターン1に同じ)
	<p>亜急性期等の中から、長期療養ニーズに相当すると考えられる8万人/日程度(現状投影に比べて2割程度の平均在院日数短縮を仮定したもの)が、長期療養(従来の医療療養とは多少異なるカテゴリーになる)に移行してくるものと仮定するので(平成27(2015)年頃から)、これと現行の医療療養に相当する分とを合わせて長期療養ニーズは概ね34万人/日となる。</p>	<p>長期療養全体の平均単価としては、1割程度の職員増加を見込んだ現行の医療療養に係る単価と、3割程度の職員増加を見込んだ現行の一般病床の長期入院の単価との平均で約65万円/月程度と仮定する。</p>
精神病床	(パターン1に同じ)	(パターン1に同じ)
医療から介護への移行等	上記の結果、医療機関の入院ニーズは、162万人/日程度の現状投影ニーズから、32万人/日程度が介護や外来・在宅医療での対応に移行する。このうち、15万人/日程度は、介護ニーズが必要になるものと考えられる。	-
介護施設 (特養・老健)	(基本的に、パターン1に同じ)	(基本的に、パターン1に同じ)
居住系 (GH・特定施設)		
外来・在宅医療		
在宅ケアその他		

(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（医療の高度化等や自然増といわれる）をみると、年率1.5%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）、長期投薬の制限緩和等を背景とした外来受診延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、社会保障国民会議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資源の投入量の相当な強化により行われるものと、
 - ・ 今後の外来受診延日数については、近年の減少傾向は織り込まず、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延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) 外来受診延日数の減少については、
 - ・ 平成17～平成21年度の外来（医科入院外）受診延日数の対前年減少数を累計すると8千万日程度。これが長期投薬の制限緩和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や投薬の量にはそれほどの変化はない可能性がある。一方、少なくとも、受診延日数の減少に対応する再診料は減少している可能性がある。
 - ・ 1回当たり再診料は平均で900円程度なので、上記8千万日程度にこれを乗じて5で割り、医療費総額（この間30兆円台前半から半ばで推移）に対する割合をみると、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ですが、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薬価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ていること、薬価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ると、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がゼロならネットの改定率もゼロ、プラスならプラス、マイナスならマイナスという仮定をおいていることとなる。）

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

(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効率化の要素が含まれていることとなるが、社会保障国民会議の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。

資料1
(第11回高齢者医療制度改革会議資料)

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 (2001)	平成14年度 (2002)	平成15年度 (2003)	平成16年度 (2004)	平成17年度 (2005)	平成18年度 (2006)	平成19年度 (2007)	平成20年度 (2008)	平成21年度 (2009)	平成17～ 21年度平均 (2005～2009)	
総計	1人当たり医療費 ①	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		-2.7%		-1.0%		-3.16%		-0.82%		-0.8%
	高齢化の影響 ③	1.6%	1.7%	1.6%	1.6%	1.9%	1.5%	1.6%	1.5%	1.5%	1.6%
	その他 (①-②-③) ・医療の高度化 ・患者負担の見直し 等	1.4%	0.1%	0.3%	1.3%	1.2%	1.8%	1.4%	1.2%	2.1%	1.5%
70歳未満	1人当たり医療費 ①	2.1%	-1.2%	0.4%	0.9%	1.5%	-0.9%	1.6%	1.9%	2.7%	1.4%
	診療報酬改定 ②		-2.7%		-1.0%		-3.16%		-0.82%		-0.8%
	高齢化の影響 ③	0.5%	0.6%	0.6%	0.6%	0.7%	0.2%	0.6%	0.7%	0.9%	0.6%
	その他 (①-②-③) ・医療の高度化 ・患者負担の見直し 等	1.5%	0.8%	-0.2%	1.3%	0.8%	2.1%	1.0%	2.0%	1.7%	1.5%
70歳以上	1人当たり医療費 ①	1.3%	-3.6%	0.9%	0.2%	2.0%	-1.5%	2.1%	-0.1%	2.5%	1.0%
	診療報酬改定 ②		-2.7%		-1.0%		-3.16%		-0.82%		-0.8%
	高齢化の影響 ③	0.2%	0.2%	0.2%	0.2%	0.3%	0.3%	0.3%	0.3%	0.4%	0.3%
	その他 (①-②-③) ・医療の高度化 ・患者負担の見直し 等	1.0%	-1.1%	0.7%	1.0%	1.8%	1.4%	1.8%	0.4%	2.1%	1.5%
備考		H14.10 高齢者1割 負担の徹底	H15.4 被用者本人 3割負担 等			H18.10 現役並み所 得を有する 高齢者3割負 担 等		H20.4 未就学者2割 負担			

注1:70歳以上、70歳未満は医療保険分、総計は医療保険と公費負担医療の合計。

2:老人保健又は後期高齢者医療に適用される65～69歳の障害認定者は、70歳以上に含まれており70歳未満には含まれていない。

3:高齢化の影響は、平成19年度の年齢階級別(5歳階級)医療保険医療費と年齢階級別(5歳階級)人口から推計。

4:医療費の伸び率は審査支払機関で審査した医療費であり、現金払いの療養費等を含まず。

資料2
(平均在院日数と医療費の伸び率～近年の状況)

○ 平成17年度から平成21年度までの平均在院日数の短縮及びそれに対応する1日当たり医療費の増加が医療費の伸びに及ぼした影響を一定の前提の元で見込むと、ネットみて、年率△0.3%程度

平均在院日数短縮による国民医療費の伸び率への影響

○ 平均在院日数の推移(病院報告)

	平成17年	平成18年	平成19年	平成20年	平成21年	平成17～21年平均
平均在院日数 全病床	35.7	34.7	34.1	33.8	33.2	—
介護療養病床除く		32.2	31.7	31.6	31.3	—
平均在院日数の短縮率 A	-1.7%	-2.8%	-1.6%	-0.3%	-0.9%	-1.5%

注: 平均在院日数の短縮率は、平成17,18年は全病床、平成19～21年は介護療養病床を除くもの。

○ 平均在院日数短縮による医療費への影響

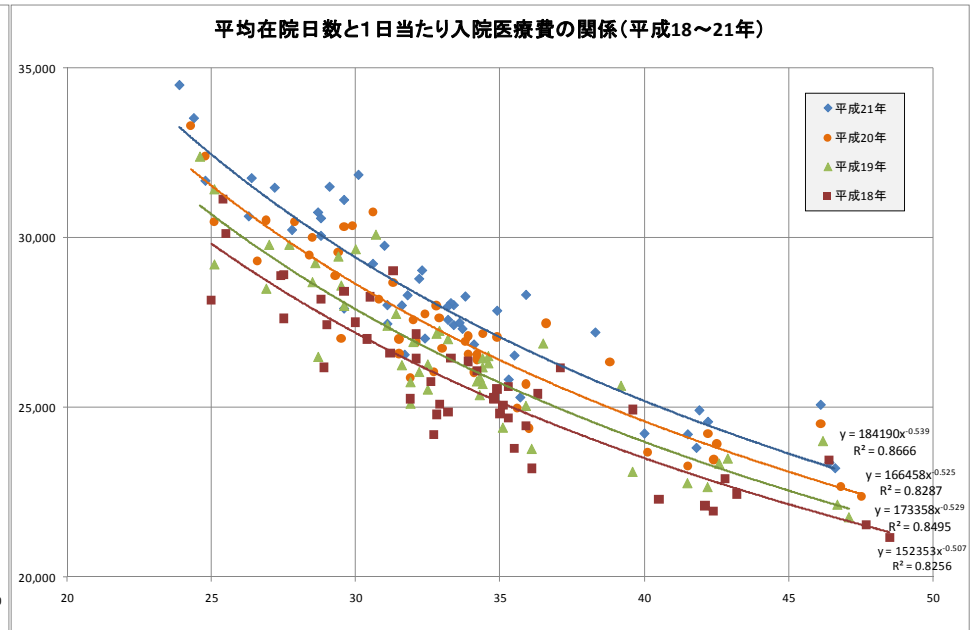
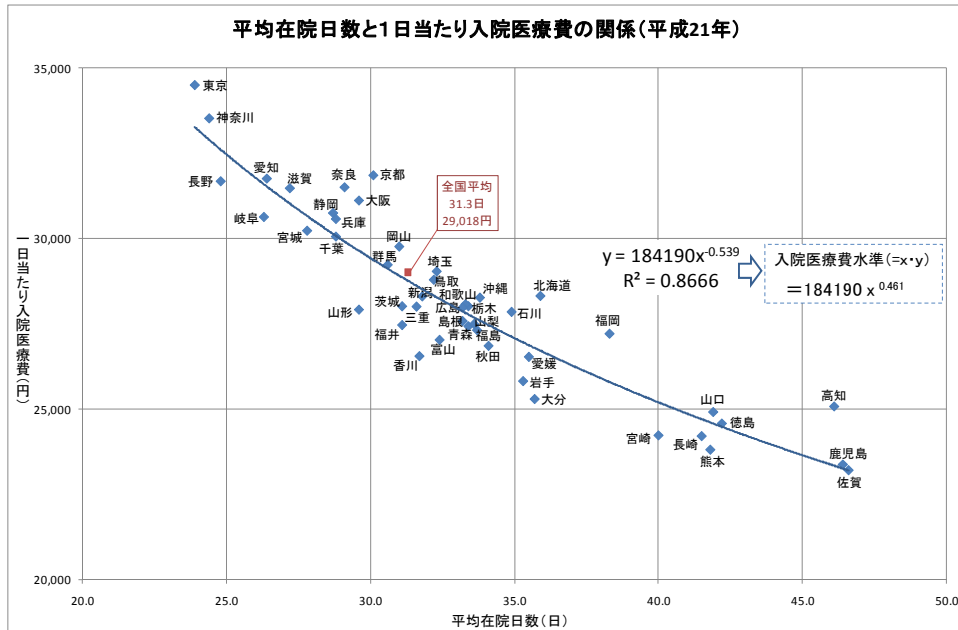
入院医療費の減少率 B (※)	-0.8%	-1.3%	-0.7%	-0.1%	-0.4%	-0.7%
入院医療費の削減額(億円)	1,000	1,700	1,000	200	600	900
国民医療費の減少率(=B×40%(入院割合))	-0.3%	-0.5%	-0.3%	-0.1%	-0.2%	-0.3%

(※) 平均在院日数と入院医療費の関係

○ 平均在院日数が短い都道府県は、1日当たり入院医療費が高い傾向があり、累乗近似をとると次の関係がみられる。

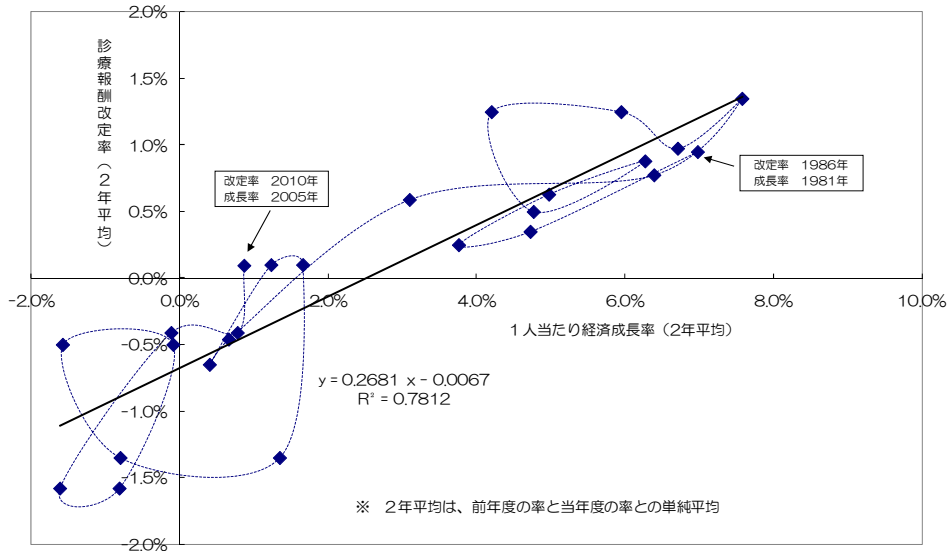
$$y = 184190 x^{-0.539} \quad (x: \text{平均在院日数}, y: \text{1日当たり医療費}, \text{決定係数}(R^2): 0.866, (\text{平成21年}))$$

→ よって、入院医療費の水準(=x・y)と平均在院日数との関係式は $x \cdot y = 184190 x^{0.461}$ となり、この関係式に従えば、平均在院日数がS倍になると入院医療費は $S^{0.461}$ 倍になると見込まれる。



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関係 (タイムラグ: 5年)
 - 1986~2010年度 (25年間) -

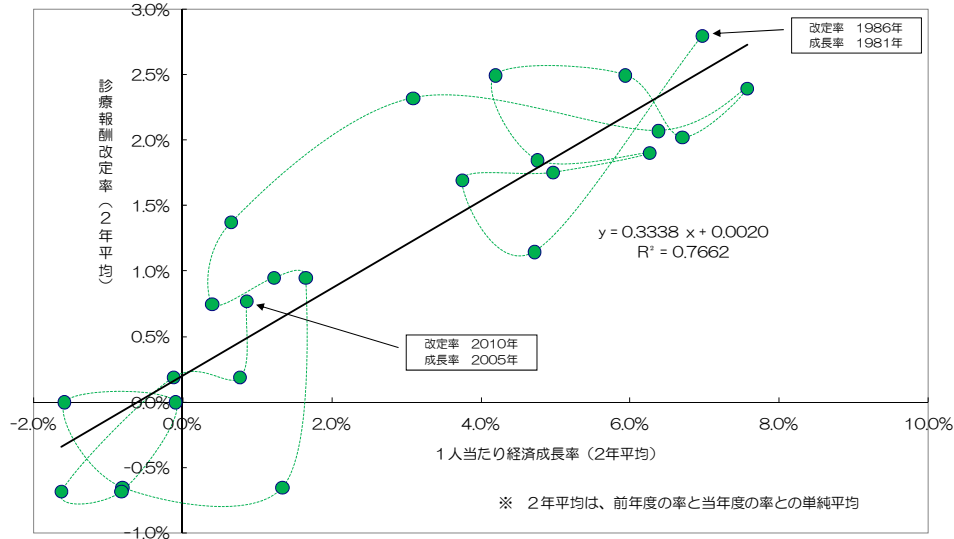


○ 医療費の伸びのうち、診療報酬改定率と経済成長率との間には、5年程度のタイムラグの元で強い相関があることが明らかになっている。

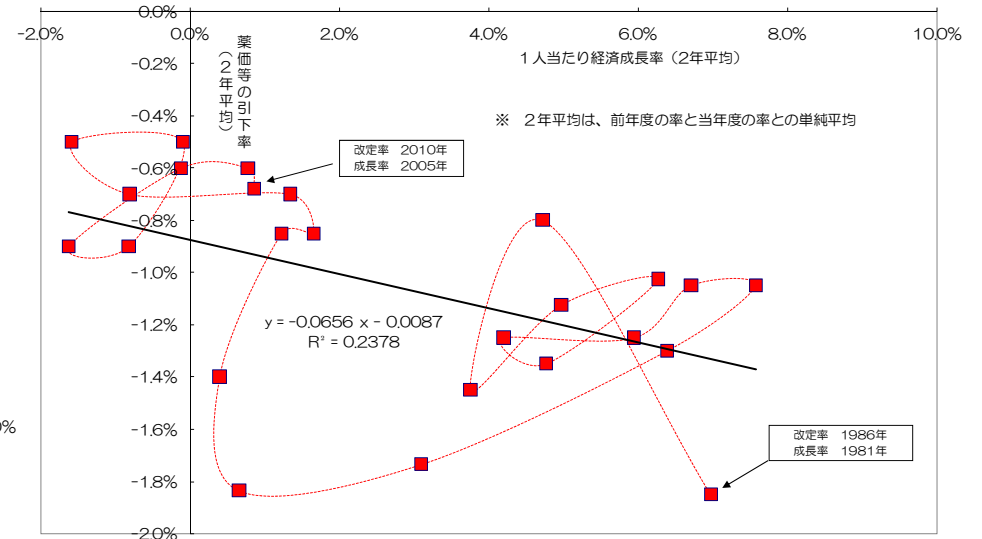
○ ただし、この回帰式は

- ・ 経済成長率の概ね3割程度のみを反映
- ・ 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) のみでみた場合 (タイムラグ: 5年)
 - 1986~2010年度 (25年間) -



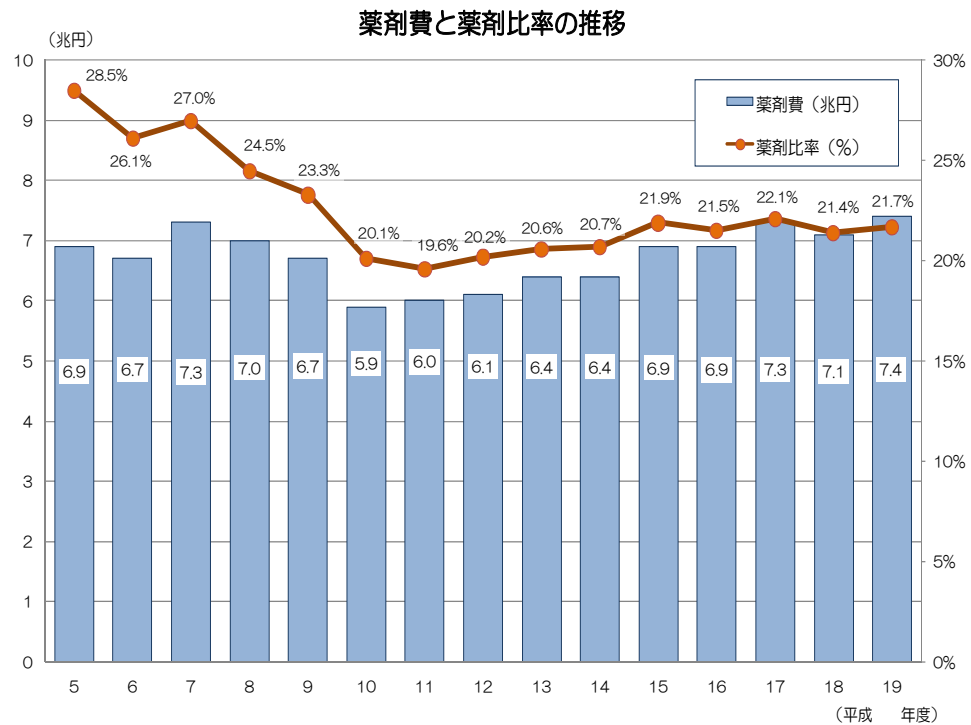
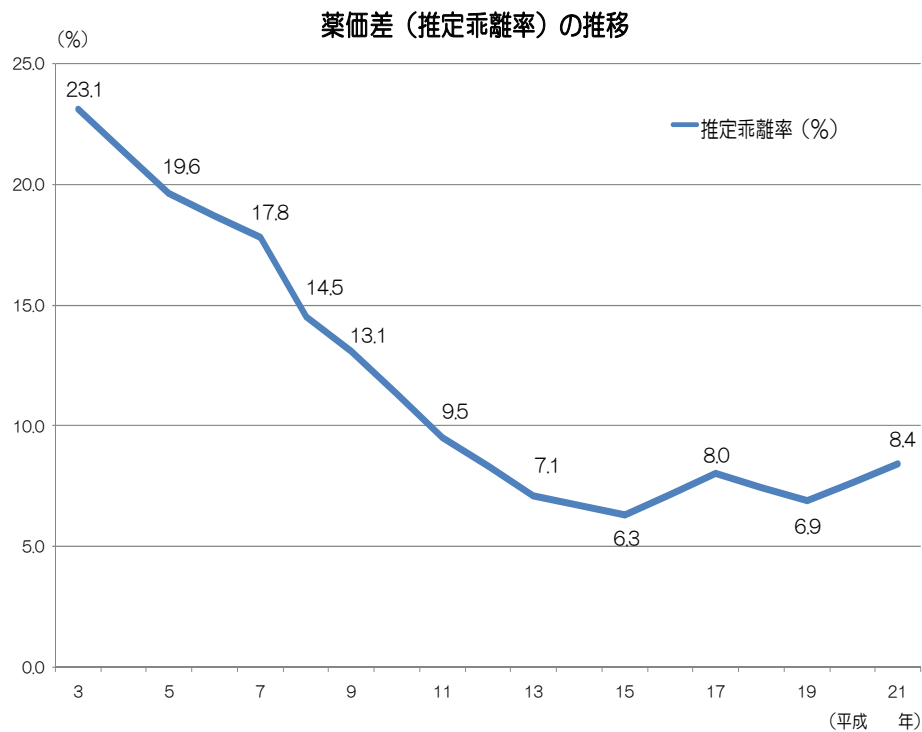
薬価等の引下率 (医療費ベース) でみた場合 (タイムラグ: 5年)
 - 1986~2010年度 (25年間) -



資料4
 (最近の薬価差等の動向)

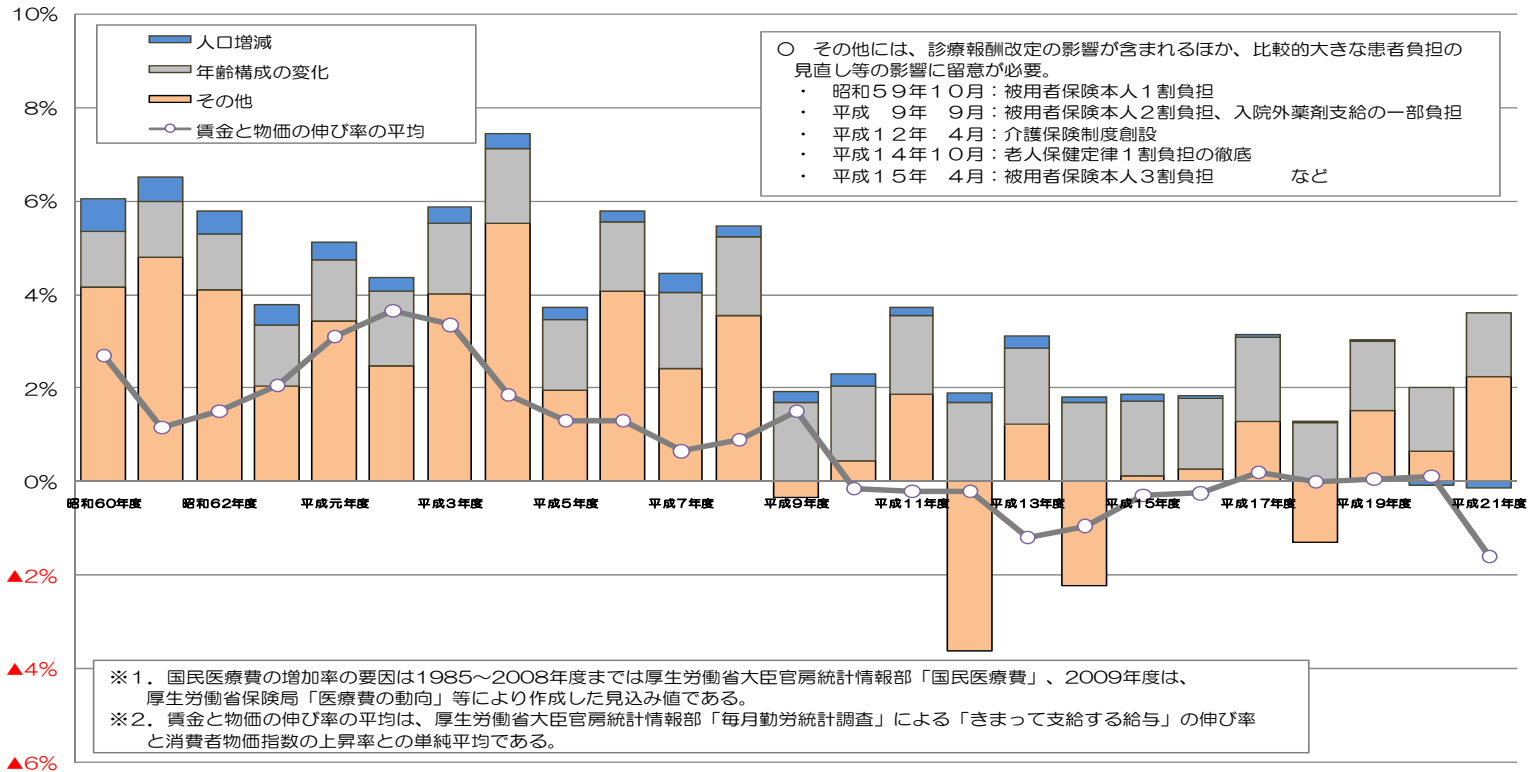
(最近の薬価差、薬剤費、薬剤比率の動向)

- 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剤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



【中長期的動向】

	昭和60年度 (1985)	昭和61年度 (1986)	昭和62年度 (1987)	昭和63年度 (1988)	平成元年度 (1989)	平成2年度 (1990)	平成3年度 (1991)	平成4年度 (1992)	平成5年度 (1993)	平成6年度 (1994)	平成7年度 (1995)	平成8年度 (1996)	平成9年度 (1997)	平成10年度 (1998)	平成11年度 (1999)	平成12年度 (2000)	平成13年度 (2001)	平成14年度 (2002)	平成15年度 (2003)	平成16年度 (2004)	平成17年度 (2005)	平成18年度 (2006)	平成19年度 (2007)	平成20年度 (2008)	平成21年度 (2009) (見込み)
国民医療費(伸び率)	6.1%	6.6%	5.9%	3.8%	5.2%	4.5%	5.9%	7.6%	3.8%	5.9%	4.5%	5.6%	1.6%	2.3%	3.8%	▲1.8%	3.2%	▲0.5%	1.9%	1.8%	3.2%	▲0.0%	3.0%	2.0%	3.5%
人口増減	0.7%	0.5%	0.5%	0.4%	0.4%	0.3%	0.3%	0.3%	0.3%	0.2%	0.4%	0.2%	0.2%	0.3%	0.2%	0.2%	0.3%	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%	0.0%	0.0%	▲0.1%	▲0.1%
高齢化	1.2%	1.2%	1.2%	1.3%	1.3%	1.6%	1.5%	1.6%	1.5%	1.5%	1.6%	1.7%	1.7%	1.6%	1.7%	1.7%	1.6%	1.7%	1.6%	1.5%	1.8%	1.3%	1.5%	1.4%	1.4%
その他(α)	4.2%	4.8%	4.1%	2.1%	3.4%	2.5%	4.0%	5.5%	2.0%	4.1%	2.4%	3.5%	▲0.3%	0.4%	1.9%	▲3.6%	1.2%	▲2.2%	0.1%	0.3%	1.3%	▲1.3%	1.5%	0.6%	2.3%
診療報酬改定	1.2%	0.7%	0%	0.5%	0.76%	1.0%	0%	2.5%	0%	1.95%	0.75%	0.8%	0.38%	▲1.3%	0%	0.2%	0%	▲2.7%	0%	▲1.0%	0%	▲3.16%	0%	▲0.82%	0%
その他	2.9%	4.0%	4.1%	1.5%	2.7%	1.5%	4.0%	3.0%	2.0%	2.1%	1.7%	2.7%	▲0.7%	1.8%	1.9%	▲3.8%	1.3%	0.5%	0.1%	1.3%	1.3%	1.9%	1.5%	1.5%	2.3%
きまって支給する給与(伸び率)	3.5%	2.3%	2.5%	3.3%	3.3%	4.0%	3.9%	2.1%	1.4%	2.2%	1.4%	1.4%	1.0%	▲0.5%	0.1%	0.1%	▲1.4%	▲1.3%	▲0.4%	▲0.4%	0.5%	▲0.2%	▲0.3%	▲0.9%	▲1.5%
消費者物価指数(CPI)(伸び率)	1.9%	0.0%	0.5%	0.8%	2.9%	3.3%	2.8%	1.6%	1.2%	0.4%	▲0.1%	0.4%	2.0%	0.2%	▲0.5%	▲0.5%	▲1.0%	▲0.6%	▲0.2%	▲0.1%	▲0.1%	0.2%	0.4%	1.1%	▲1.7%
(きま給+CPI)/2(β)	2.7%	1.2%	1.5%	2.1%	3.1%	3.7%	3.4%	1.9%	1.3%	1.3%	0.7%	0.9%	1.5%	▲0.2%	▲0.2%	▲0.2%	▲1.2%	▲1.0%	▲0.3%	▲0.3%	0.2%	0.0%	0.1%	0.1%	▲1.6%
α-β	1.5%	3.6%	2.6%	0.0%	0.3%	▲1.2%	0.7%	3.7%	0.7%	2.8%	1.8%	2.6%	▲1.8%	0.6%	2.1%	▲3.4%	2.4%	▲1.3%	0.4%	0.5%	1.1%	▲1.3%	1.5%	0.5%	3.9%

【α-βの期間平均】

- ① 中長期的動向(1985～2009) 1.0%
- ② ①から大きな患者負担見直し期・介護創設時を除いた場合 1.5%
- ③ ②について2000年以降でみた場合 1.2%
- ④ ③について2004～2007年でみた場合 0.4%
- ⑤ ③について2004～2009年でみた場合 1.0%

【参考】左記②において、大きな患者負担見直し期等とした年度

- ・ 昭和60年度：昭和59年10月に被用者保険本人1割負担
- ・ 平成9～11年度：平成9年9月に被用者保険本人2割負担、入院外薬剤支給の一部負担(平成11年7月に老人保健分は臨時特例措置)
- ・ 平成12年度：平成12年4月に介護保険制度創設
- ・ 平成14年度：平成14年10月に老人保健定率1割負担徹底
- ・ 平成15年度：平成15年4月に被用者保険本人3割負担

資料等：国民医療費の伸び率及びその要因内訳は、平成20年度までは厚生労働省大臣官房統計情報部「国民医療費」。平成21年度は厚生労働省保険局「医療費の動向」(平成20年4月～平成21年12月)等により作成した見込み値である。

きまって支給する給与は厚生労働省大臣官房統計情報部「毎月勤労統計調査」(平成2年度までは規模30人以上、平成3年以降は規模5人以上事業所、就業者計)による。

消費者物価指数は総務省統計局による。