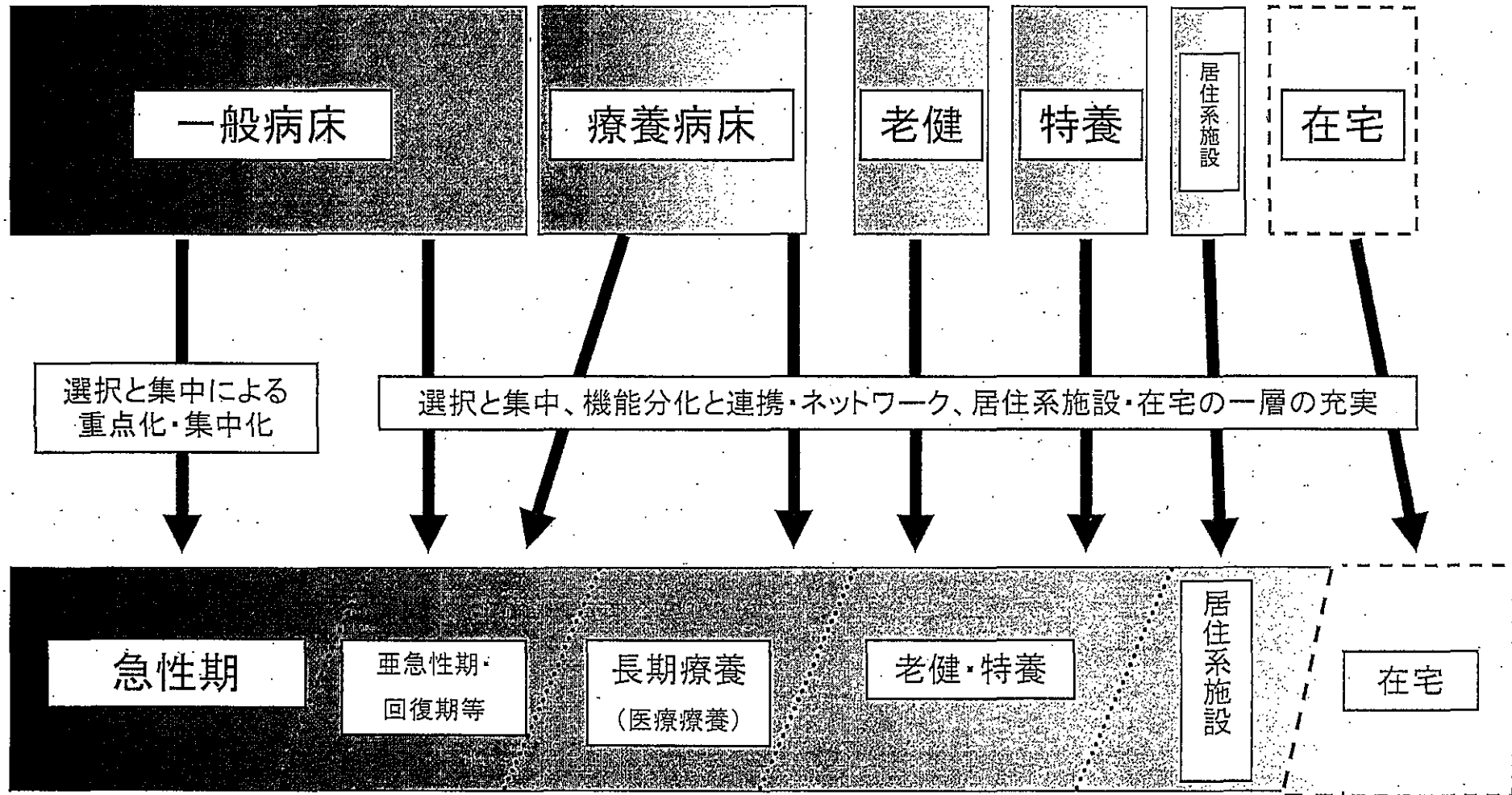


社会保障国民会議関係資料

医療・介護提供体制の現状と将来像(イメージ図)

現状：病床機能の未分化、ニーズに応じた供給の不足



将来像：選択と集中、機能分化・ネットワーク、居住系施設・在宅の一層の充実

(「入院中心」→「在宅・訪問診療等の強化による地域での療養中心」といった方向性のイメージ)

現在

方向性

病院

入院

外来

入院
(機能強化・分化)

外来(専門化)

急性期は資源の集中的な投入と専門分化、亜急性回復期リハ病床の増、長期療養(医療療養)は地域でのニーズを支える

- 病院勤務医の負担軽減
- 入院機能の強化と分化

- 専門化による病院外来需要の減

地域レベルでの連携強化

診療所

入院

外来

訪問診療、看取り

入院

外来・訪問診療等

主治医機能の強化

訪問診療、看取り

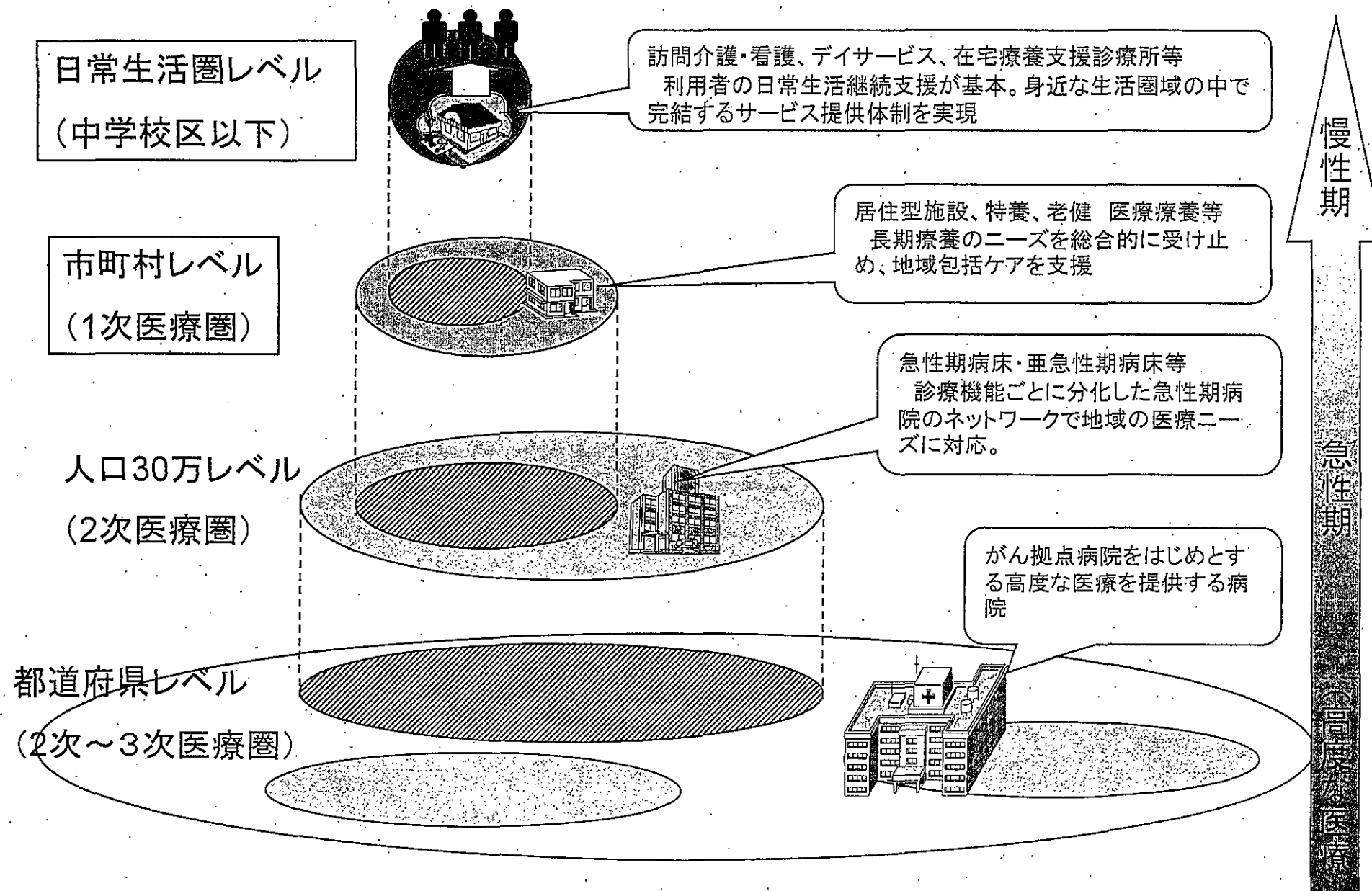
- 病院外来需要の受け入れ、訪問診療等の強化

医療介護を通じた包括支援・マネジメント、他職種との連携、長期継続ケア

今後期待される機能

医療・介護提供体制にかかる課題 ～地域医療・介護サービスネットワークの構築～

機能分化し重層的に住民を支える医療・介護サービス



(参考)各改革シナリオにおける主な充実要素、効率化・重点化要素

		2025年		
		B1シナリオ	B2シナリオ	B3シナリオ
充 実	急性期医療の改革 (医療資源の集中投入等)	・急性期医療の職員58%増、 単価約1.5倍 (増加率や倍率は、現状及びAシナリオの一般病床対比でみた場合)	・急性期医療の職員100%増 ・単価約1.8倍	・高度急性 116%増/約2.1倍 ・一般急性 80%増/約1.6倍
	在宅医療・在宅介護の推進等 (施設から在宅・地域へ)	・居住系・在宅介護利用者 約37万人/日増加 (増加数は、Aシナリオの居住系・在宅介護利用者数に対する数)	・居住系・在宅介護利用者 約43万人/日増加	(同 左)
	認知症への対応	・グループホーム、小規模多機能施設の充実 約95万人/日 (Aシナリオでは25+数万人/日)	(同 左)	(同 左)
	医療・介護従事者数の増加	・全体で2007年の1.6~1.7 倍程度 (Aシナリオでは、2007年に対して1.4~1.5倍程度)	・1.7~1.8倍程度	(同 左)
	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	・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、訪問診療の拡充等各種サービスの充実 ・各医療機関や介護サービス等の機能分化・強化、在宅医療・在宅介護の推進等のため、各サービス間の連携強化 など		
効率化 ・重点化	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	・急性期:平均在院日数12日 病床数80万床 ・亜急性期・回復期等:75日 52万床 (Aシナリオの一般病床では、平均在院日数20.3日[急性15.5日(高度急性20.1日、一般急性13.4日)、亜急性期等75日]、病床数133万床)	・急性期:平均在院日数10日 病床数67万床 ・亜急性期・回復期等:60日 44万床	・高度急性:16日/26万床 ・一般急性:9日/49万床 ・亜急性期・回復期等: 60日/40万床
	在宅医療・在宅介護の推進等 (施設から在宅・地域へ)	・入院・介護施設入所者 約38万人/日減少 (減少数は、Aシナリオの入院・介護施設利用者数に対する数)	・入院・介護施設入所者 約50万人/日減少	・入院・介護施設入所者 約49万人/日減少
	予防(生活習慣病・介護)	・生活習慣病予防により外来患者数約32万人/日減少 (対Aシナリオ)	(同 左)	(同 左)
	医薬品・医療機器に関する効率化等	・伸び率として、2012年まで △0.3%、その後△0.1%程度 (伸び率ケース①の場合)	(同 左)	(同 左)
	医師・看護師等の役割分担の見直し	・病院医師の業務量△10%	・病院医師の業務量△20%	(同 左)

改革のイメージ [必要医療・介護を確保し、質の高い効率的なサービス実現]

※数字はB2シナリオ

《 入院・入所 》

《 自宅＝住み慣れた場所 》

9

入院医療

重点化

人員増で
質の高い
ケア

急性期
[早期診断・重点治療・
低侵襲・短期治療]

〈集中ケアで早期退院〉

入院日数(10日←15.5
日)減で26万人/日減

連携強化で早期リハ移行

9万人/日のニーズに新たに対応

回復期リハビリ*

[早く始めるほど早期退院可能・日常生活重視の
リハで自宅復帰を指向]

亜急性期*

[自宅復帰までの医学管理、急性増悪に対応]

〈早期リハで早期復帰〉

〈円滑な退院〉

〈容態急変・肺炎などに対応〉

重症・長期療養の方

〈医療の必要性低く
在宅可能な方〉

長期療養

[重度患者に対応]

13万人/日のニーズは個々の特性に
最もふさわしいケアの場に移行

医療面は安定・在宅困難な方

施設介護

需要に
対応した
機能強化

介護施設*

[個室化・ユニット化・小規模化、看取り機能の強化、在宅支援機能の強化]

20万人/日は地域でケアへ

24時間対応の訪問介護・訪問看護・訪問診療

包括ケア・手厚い体制

社会復帰、家庭復帰

(健康と自立により社会に貢献、QOLの向上)

医療・介護が必要になれば...

特定施設(介護付有料老人
ホーム・ケアハウス等)

11万人/日
増

グループホーム、小規模多
機能サービス(認知症ケア)

GH: 10万人/日増
小規模多機能:
50~60万人/日
増

自宅(在宅医療・在宅療養)

地域包括ケア

(注)* 印を付した施設は人員の増員を行う。

(1) 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

	現状(2007年)	2025年			
		Aシナリオ	B1シナリオ	B2シナリオ	B3シナリオ
急性期	80万人/日	104万人/日 〔73万人/日 31万人/日〕	56万人/日	47万人/日	高度18万人/日 一般34万人/日
亜急性期・回復期等			47万人/日	40万人/日	36万人/日
(急性期小計)	(80万人/日)	(104万人/日)	(103万人/日)	(87万人/日)	(88万人/日)
長期療養(医療療養)	22万人/日	36万人/日	21万人/日	23万人/日	23万人/日
介護施設 特養 老健	84万人/日 42万人/日 42万人/日 (老健+介護療養)	169万人/日 85万人/日 83万人/日	146万人/日 76万人/日 70万人/日	149万人/日 78万人/日 72万人/日	149万人/日 78万人/日 72万人/日
(入院・介護施設小計)	(186万人/日)	(309万人/日)	(271万人/日)	(259万人/日)	(260万人/日)
居住系 特定施設 グループホーム	25万人/日 11万人/日 13万人/日	47万人/日 22万人/日 25万人/日	68万人/日 33万人/日 35万人/日	68万人/日 33万人/日 35万人/日	68万人/日 33万人/日 35万人/日
在宅介護 うち小規模多機能	243万人/日 1~2万人/日程度	408万人/日 数万人/日程度	424万人/日 60万人/日	429万人/日 60万人/日	429万人/日 60万人/日
(居住系・在宅介護小計 うちGH・小規模多機能)	(268万人/日) (14~15万人/日程度)	(454万人/日) (25+数万人/日程度)	(492万人/日) (95万人/日)	(497万人/日) (95万人/日)	(497万人/日) (95万人/日)
外来・在宅医療	582万人/日	634万人/日	631万人/日	644万人/日	643万人/日
利用者総数(重複あり)	(1036万人/日)	(1397万人/日)	(1394万人/日)	(1400万人/日)	(1400万人/日)
(参考)総人口	1億2,777万人	1億1,927万人			

(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、在宅介護は、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(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差し支えないものと考えられる)。また、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。

(注2) 年間の延受診日数(=延患者数)等に換算するには、シミュレーションの基礎とした患者調査と実績との関係等から、入院や入所は表中の数値に365を乗じればよいと考えられる。在宅介護は、表中の数値に12(月)を乗じれば年間延受給者数(概ね年間延ケアプラン数に相当するもの)と考えられる。また、外来・在宅医療は、表中の数値は「患者調査」におけるある日の患者数に相当するものなので、患者調査の患者数と年間の延受診日数との関係から、病院の外来は約260、一般診療所の外来及び歯科診療所の外来では約330を乗じればよいと考えられる。

(注3) B1～B3の外来・在宅医療は予防による患者の減少を5%程度(約32万人/日)見込む一方、医療機関や介護施設から在宅に移る数(B1:約29万人/日、B2:約42万人/日、B3:約41万人/日)を加えた数である。実際は、これら移る者は、移行後は(毎日ではなく)例えば、週数回という形で外来・在宅医療を受けるものと考えられるので、外来・在宅医療の1日あたり患者数としては、その分減少することに留意が必要。

(注4) 精神・感染症等の病床、歯科診療所に係る患者数は、この表には表示していない。

医療・介護サービスの需要と供給(一日当たり利用者数等)の変化

	2025年		
	B1シナリオ	B2シナリオ	B3シナリオ
急性期	▲17万人/日	▲26万人/日	▲21万人/日
亜急性期・回復期等	16万人/日	9万人/日	5万人/日
(急性期増減)	(▲1万人/日)	(▲17万人/日)	(▲16万人/日)
長期療養(医療療養)	▲15万人/日	▲13万人/日	▲13万人/日
介護施設	▲22万人/日	▲20万人/日	▲20万人/日
(入院・介護施設小計)	(▲38万人/日)	(▲50万人/日)	(▲49万人/日)
居住系	22万人/日	22万人/日	22万人/日
在宅介護	16万人/日	21万人/日	21万人/日
(居住系・在宅介護小計)	(37万人/日)	(43万人/日)	(43万人/日)
外来・在宅医療	▲2万人/日	10万人/日	9万人/日

(注1)各利用者数について、Aシナリオからの変化をみたものである。

(注2)外来・在宅医療については、各改革シナリオにおける予防効果(Aシナリオに比べて32万人/日程度患者数が減少)が含まれている一方、居住系サービス利用者で外来・在宅医療を受けている者を含んでいることに留意が必要。

(2) 入院・施設・居住系サービス基盤（利用者を支えるベッド数・定員数等）のシミュレーション

	現状(2007年)	2025年			
		Aシナリオ	B1シナリオ	B2シナリオ	B3シナリオ
急性期	【一般病床】103万床 78% 20.3日	【一般病床】133万床 78% 20.3日 (参考) 急性：15.5日 高度急性：20.1日 一般急性：13.4日 亜急性期等：75日	80万床 70% 12日 一般病床の職員の 58%増 (急性病床の20%増) 退院患者数 140万人/月	67万床 70% 10日 一般病床の職員の 100%増 退院患者数 141万人/月	・高度急性26万床 退院患者数 70% 34万人/月 16日 一般病床の職員の 116%増 ・一般急性49万床 退院患者数 70% 113万人/月 9日 一般病床の職員の 80%増
亜急性期・回復期等	退院患者数 119万人/月	退院患者数 154万人/月	52万床 退院患者数 90% 19万人/月 75日 コメディカル等を 20%増	44万床 退院患者数 90% 20万人/月 60日 コメディカル等を 30%増	40万床 退院患者数 90% 20万人/月 60日 コメディカル等を 30%増
長期療養（医療療養）	23万床 93%	39万床 93%	21万床 98%	23万床 98%	23万床 98%
介護施設 特養 老健	84万人分 42万人分 42万人分 (老健＋介護療養)	169万人分 85万人分 83万人分	146万人分 76万人分 70万人分	149万人分 78万人分 72万人分	149万人分 78万人分 72万人分
居住系 特定施設 グループホーム	25万人分 11万人分 13万人分	47万人分 22万人分 25万人分	68万人分 33万人分 35万人分	68万人分 33万人分 35万人分	68万人分 33万人分 35万人分

(注) 各欄数字については、上段はベッド数など整備数、中段はその平均稼働率、下段は平均在院日数。その下に、人員配置を強化する場合の内容を記載。

(3) マンパワーの必要量のシミュレーション

	現状(2007年)	2025年			
		Aシナリオ	B1シナリオ	B2シナリオ	B3シナリオ
医師	27.5万人	32.9万人 ～ 34.3万人	31.7万人 ～ 33.1万人	32.1万人 ～ 33.5万人	32.7万人 ～ 34.1万人
看護職員	132.2万人	169.6万人 ～ 176.7万人	179.7万人 ～ 187.2万人	194.7万人 ～ 202.9万人	198.0万人 ～ 206.4万人
介護職員	117.2万人	211.7万人	250.1万人	255.2万人	255.2万人
医療その他職員	78.1万人	83.4万人 ～ 87.6万人	94.5万人 ～ 99.1万人	108.1万人 ～ 113.5万人	109.6万人 ～ 115.1万人
介護その他職員	30.0万人	53.5万人	71.8万人	73.6万人	73.6万人
合計	385.0万人	551.1万人 ～ 563.8万人	627.8万人 ～ 641.3万人	663.7万人 ～ 678.7万人	669.1万人 ～ 684.4万人

(注1) 実数の見込みを示したものである。

(注2) 医師・看護職員・医療その他職員の非常勤の割合については、現行から変動する可能性があるので、5%程度幅のある推計値となっている。

(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、急性期や亜急性期・回復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、B1シナリオでは10%、B2・B3シナリオでは20%業務量が減ることを見込んだ(平成19年度厚生労働科学研究「質効率向上と職業間連携を目指した病棟マネジメントの研究」を踏まえて計算)。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を、在宅については利用額の伸びにより推計。Bシナリオでは施設のユニット化推進による職員増を見込むとともに、訪問介護員については非正社員(1月の労働時間61.7時間)が介護職員の非正社員(1月の労働時間120.9時間)並み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19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、看護補助者、事務職員等が含まれる。

(注6) 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。

(3)マンパワーの必要量のシミュレーション(続)

改革を行った場合(Bシナリオ)と行わない場合(Aシナリオ)の主な増減理由とその影響の大きさは以下のとおり。

		2025年		
		B1シナリオ	B2シナリオ	B3シナリオ
医師	病床減(病院) 配置増(病院) 役割分担(病院・急性期等) 専門外来としての位置づけ(病院) 外来患者増(診療所) 在宅看取りケア体制強化 介護サービスの増(専任のみ)	▲0.7万人程度 +1.7万人程度 ▲1.5万人程度 ▲2.5万人程度 +2.0万人程度 — +0.0万人程度	▲2.8万人程度 +5.8万人程度 ▲3.5万人程度 ▲2.5万人程度 +2.0万人程度 +0.2万人程度 +0.1万人程度	▲2.4万人程度 +6.1万人程度 ▲3.6万人程度 ▲2.5万人程度 +2.0万人程度 +0.2万人程度 +0.1万人程度
看護職員	病床減(病院) 配置増(病院) 役割分担(病院・急性期等) 専門外来としての位置づけ(病院) 外来患者増(診療所) 在宅看取りケア体制強化 介護サービス増(専任のみ)	▲4.6万人程度 +10.7万人程度 ±0万人程度 ▲6.5万人程度 +5.6万人程度 — +5.0万人程度	▲14.9万人程度 +33.8万人程度 ±0万人程度 ▲6.5万人程度 +5.8万人程度 +1.0万人程度 +6.0万人程度	▲12.9万人程度 +35.0万人程度 ±0万人程度 ▲6.5万人程度 +5.8万人程度 +1.0万人程度 +6.0万人程度
介護職員	施設割合の低下・居住系の整備 在宅の単価引き上げ 医療からの移行分 施設のユニット化 非正社員訪問介護員の勤務改善	▲2.0万人程度 +66.9万人程度 +6.5万人程度 +6.0万人程度 ▲39.1万人程度	▲2.0万人程度 +66.9万人程度 +12.8万人程度 +6.1万人程度 ▲40.3万人程度	▲2.0万人程度 +66.9万人程度 +12.8万人程度 +6.1万人程度 ▲40.3万人程度

「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（通所施設）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。

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

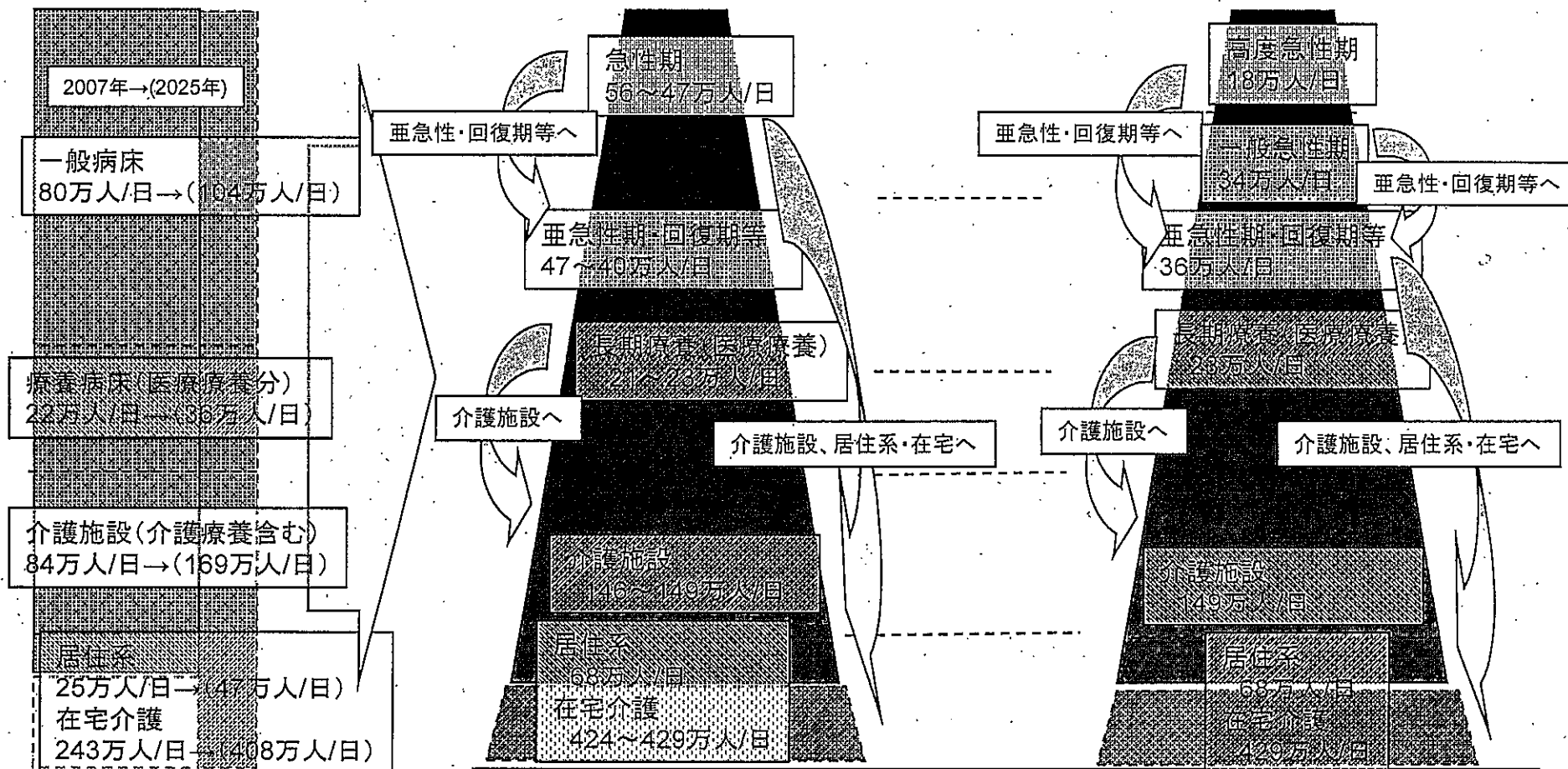
総括図

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)

B1、B2シナリオ ー改革シナリオー

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。

具体的なシミュレーション ～ 改革のストーリー ～

(1) 急性期

B1シナリオ	B2シナリオ	B3シナリオ
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※医療従事者等を配置する。 ※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) 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。 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。	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。 ※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。 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。 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。	《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。 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。 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。 《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。 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。 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。

(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
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。 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。 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。	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。 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、 ・ 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れるものと見込む ・ 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 ことから、40万人/日になるものと思われる。 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。 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)	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。 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、 ・ 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れるものと見込む ・ 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 ことから、36万人/日になるものと思われる。 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。 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)

(3)長期療養(医療療養)

B1シナリオ	B2シナリオ	B3シナリオ
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。 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。 * 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	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。 長期療養(医療療養)には、36万人/日から、垂急性期等からの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。 * 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	(同左)

(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
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。	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。	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。

(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
(前提) 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)。 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。 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要期間が短くなり(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。 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。 * 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。 * 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。 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。	(同左)	(同左)

B1シナリオ	B2シナリオ	B3シナリオ
(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。 「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。	(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。 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。 「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)	(同左)

(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。

医療・介護サービスのシミュレーションの前提(ポイント)

あるべき医療・介護サービスを前提＝改革(再生)への道筋を提示

不十分・非効率なサービス提供体制

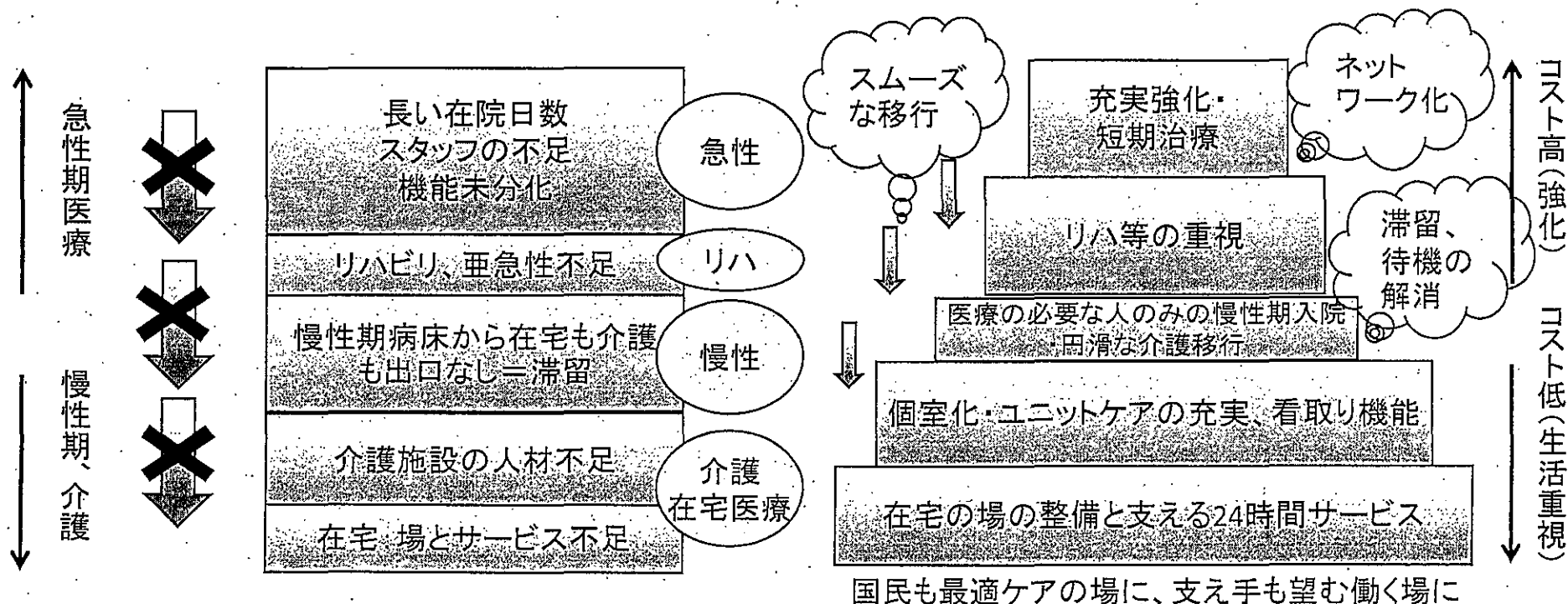
- ・病床数が多く在院日数が長い
- ・病床の機能が未分化・勤務医の疲弊
- ・地域医療、特に産科小児科救急の危機
- ・介護サービス不足、従事者不足等

現状のままでは、問題未解決、しかも費用は増加

必要な改革＝必要なサービス強化と効率化を同時実現
→ 必要な医療・介護を効率的に確保

<現状＝非効率な資源利用・非最適化>

<将来＝充実強化かつ効率的な資源利用>



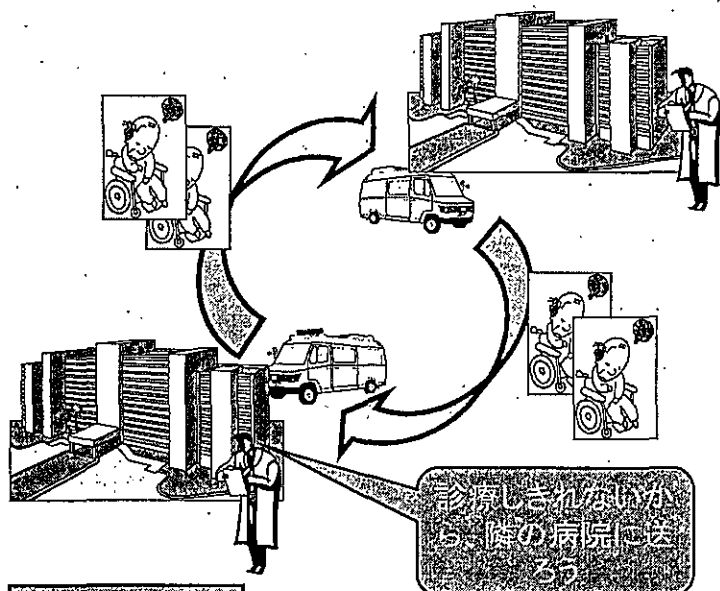
改革シナリオと現状投影シナリオの比較

Aシナリオ (現状投影)	B1シナリオ (穏やかな改革)	B2シナリオ (大胆な改革)	B3シナリオ (さらに進んだ改革)
急性期医療 一般病床 133万床 平均在院日数 20.3日 人員数 現状のまま	急性期医療 急性病床80万床(重点化) 平均在院日数12日(短縮) 人員数 58%増(増員) (急性病床の20%増)	急性期医療 急性病床67万床(重点化) 平均在院日数10日(短縮) 人員数 100%増(増員)	急性期医療 高度急性病床26万床(重点化) 平均在院日数16日 (困難事例・短縮) 人員数 116%増(増員) (このほか、その他の一般急性病床は、 49万床、在院日数9日、人員80%増 を見込む。)
介護施設 169万人分	介護施設 146万人分 (機能強化・重点化)	介護施設 149万人分 (機能強化・重点化)	介護施設 149万人分 (機能強化・重点化)
居住系 47万人分 うちグループホーム 25万人分	居住系 68万人分(充実) うちグループホーム 35万人分	居住系 68万人分(充実) うちグループホーム 35万人分	居住系 68万人分(充実) うちグループホーム 35万人分
在宅 小規模多機能 数万人/日	在宅(充実) 小規模多機能 60万人/日	在宅(充実) 小規模多機能 60万人/日	在宅(充実) 小規模多機能 60万人/日
マンパワー(医療介護職員計) 551.1~563.8万人	マンパワー(医療介護職員計) 627.8~641.3万人	マンパワー(医療介護職員計) 663.7~678.7万人	マンパワー(医療介護職員計) 669.1~684.4万人
効率化 織り込んでいない	効率化(上記以外) 効率化プログラム等を踏まえ ・予防効果(外来32万人減等) ・毎年0.1~0.3%効率化 ※(伸び率ケース①の場合)	効率化 (同左)	効率化 (同左)

急性期医療の充実・強化—1 高度急性期病床整備のイメージ

現状

機能が未分化、医師が分散
一般病床約103万床



救急体制

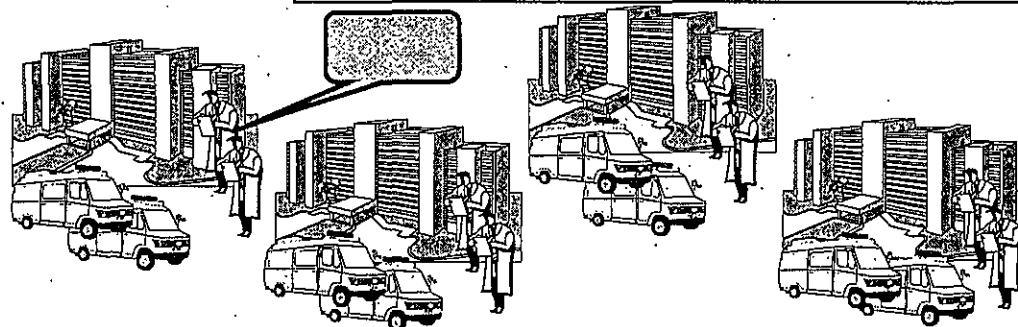
救命救急センター：210か所(ERを含む。)
ICU：6,600床
救急搬送患者：約500万人／年

医療の現状

医師もベッドも不足し、たらい回しが発生
医師は通常勤務と当直を繰り返し、疲弊
ERも救急医が足りないので十分な対応ができない
患者も安心できない

改革後

急性期の重点化、強化
約26万床の高度急性期に
一般病床の2.2倍の医師等配置



救急体制

高度急性の重点整備、人員配置倍増等で救急体制も倍増
夜間救急でも複数医師配置で体制十分

(例) ER型救命救急センター：400か所

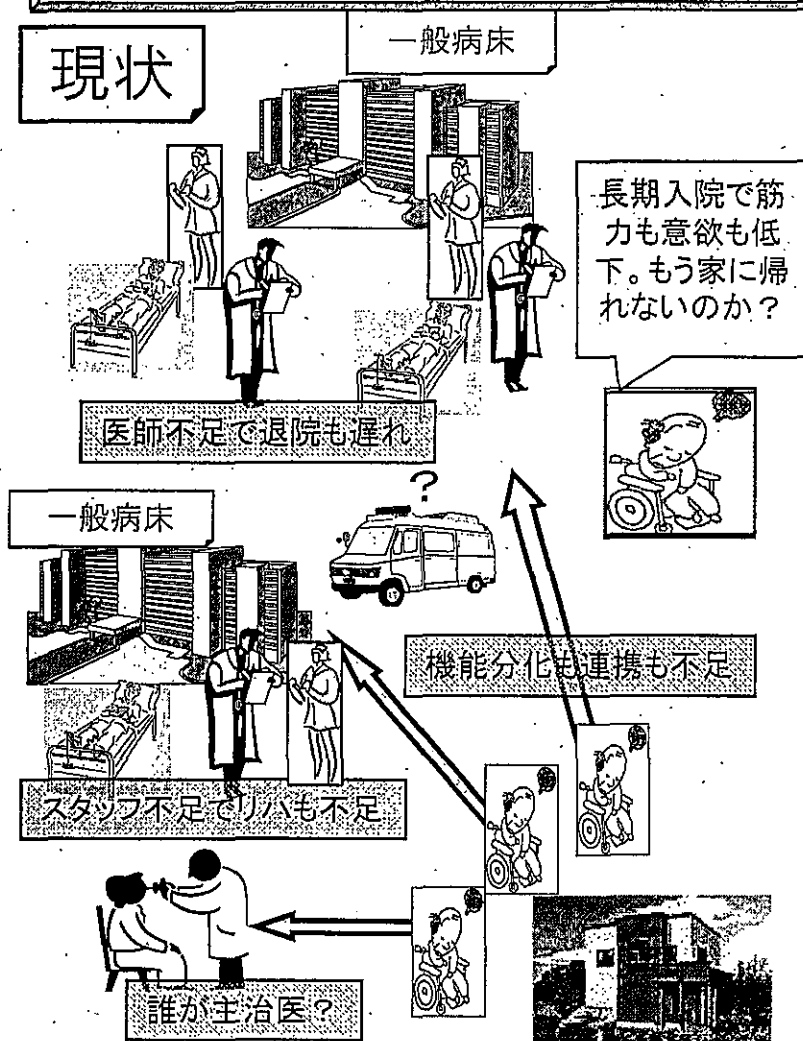
ICU：13,000床、救急搬送患者：約650万人／年

医療の将来像

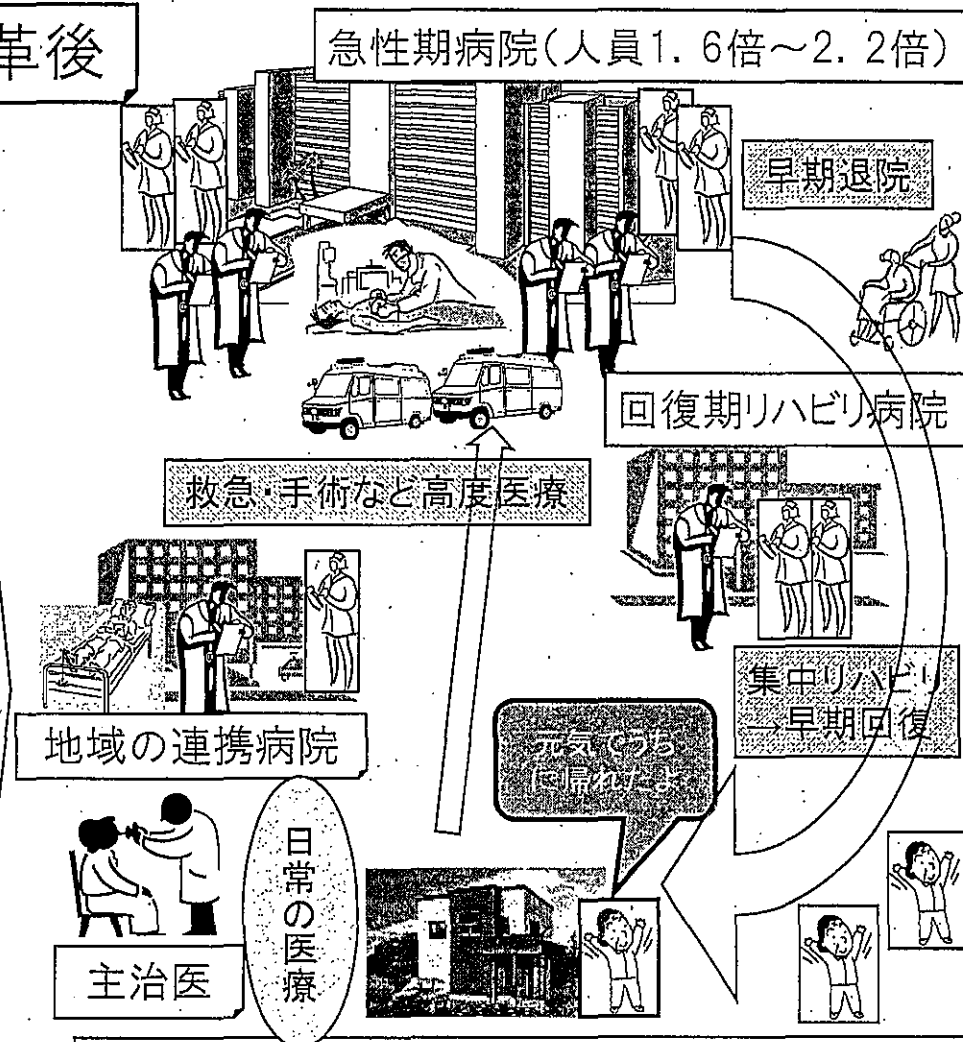
すべての重大な症状の患者が15分以内に
ER型救命救急センターで受け入れ
医師は交代勤務制、看護師なども充実
患者は安心、脳卒中の後遺症率は半減、早期の
社会復帰も増加。車いす、寝たきりの割合が減少

急性期医療の充実・強化—2 重点化・集中化・連携強化のイメージ

現状



改革後



地域の病院で対応可能な患者が救命救急センターに搬送されたり、連携が不十分。医師の疲弊、治療の質に影響、社会復帰が遅れるなど

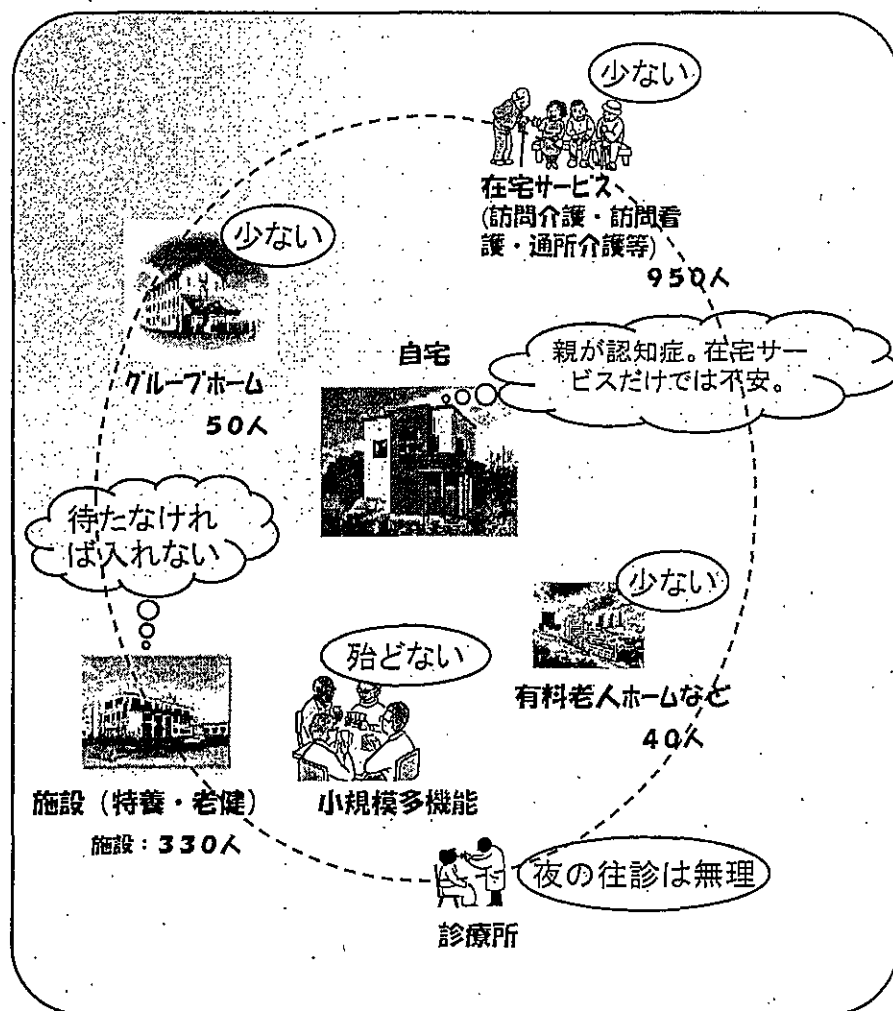
地域の病院、拠点病院、回復期病院の役割分担が進み、連携が強化。発症から入院、回復期、退院までスムーズにいくことにより早期の社会復帰が可能に。

現状

○在宅サービスメニュー、量の不足

○居住系整備不足

<人口5万人の場合>



65歳以上: 11,000人 (うち、75歳以上: 5,000人)

2025年の姿

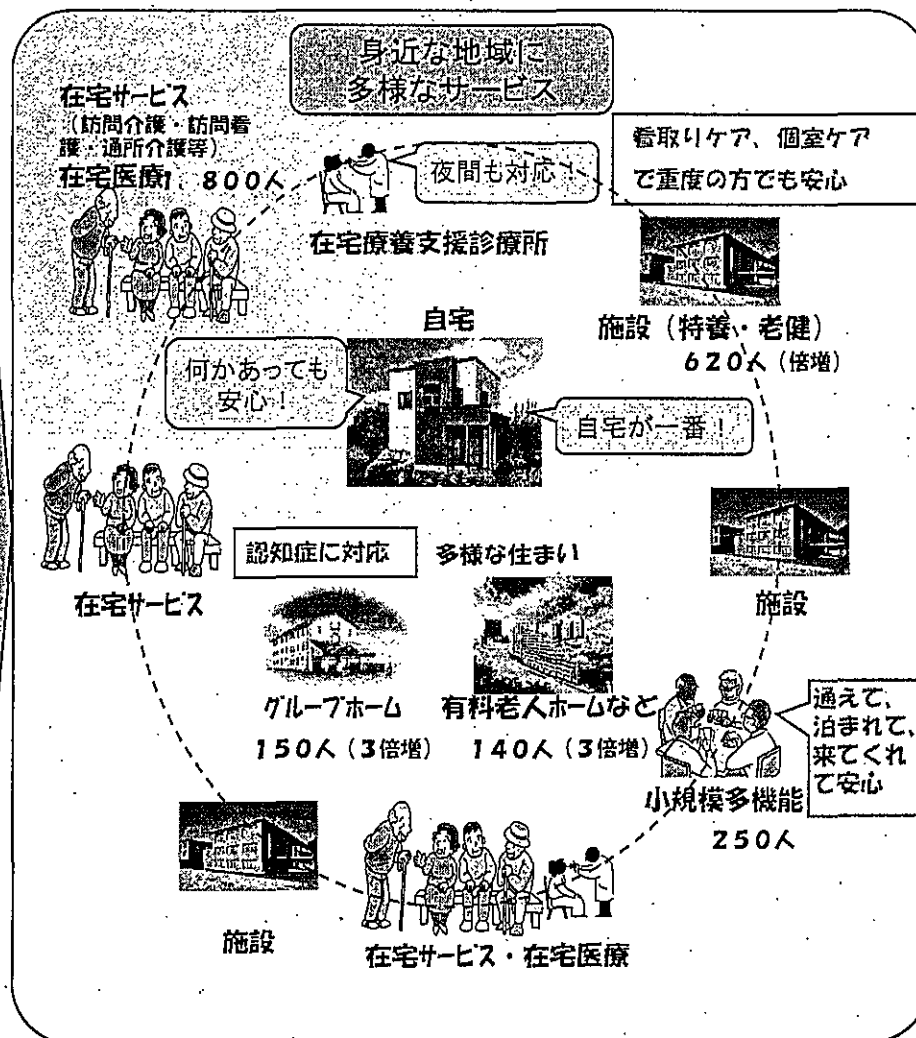
○できる限り住み慣れた地域で暮らし続ける

○自らの希望と選択でよりよいサービスを受けることができる

○施設・居住系サービスをスウェーデン並みに拡充

○24時間対応など多様な在宅サービス

○施設も地域に密着した小規模化、ユニットケア



65歳以上: 15,000人 (うち、75歳以上: 9,000人)

