

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

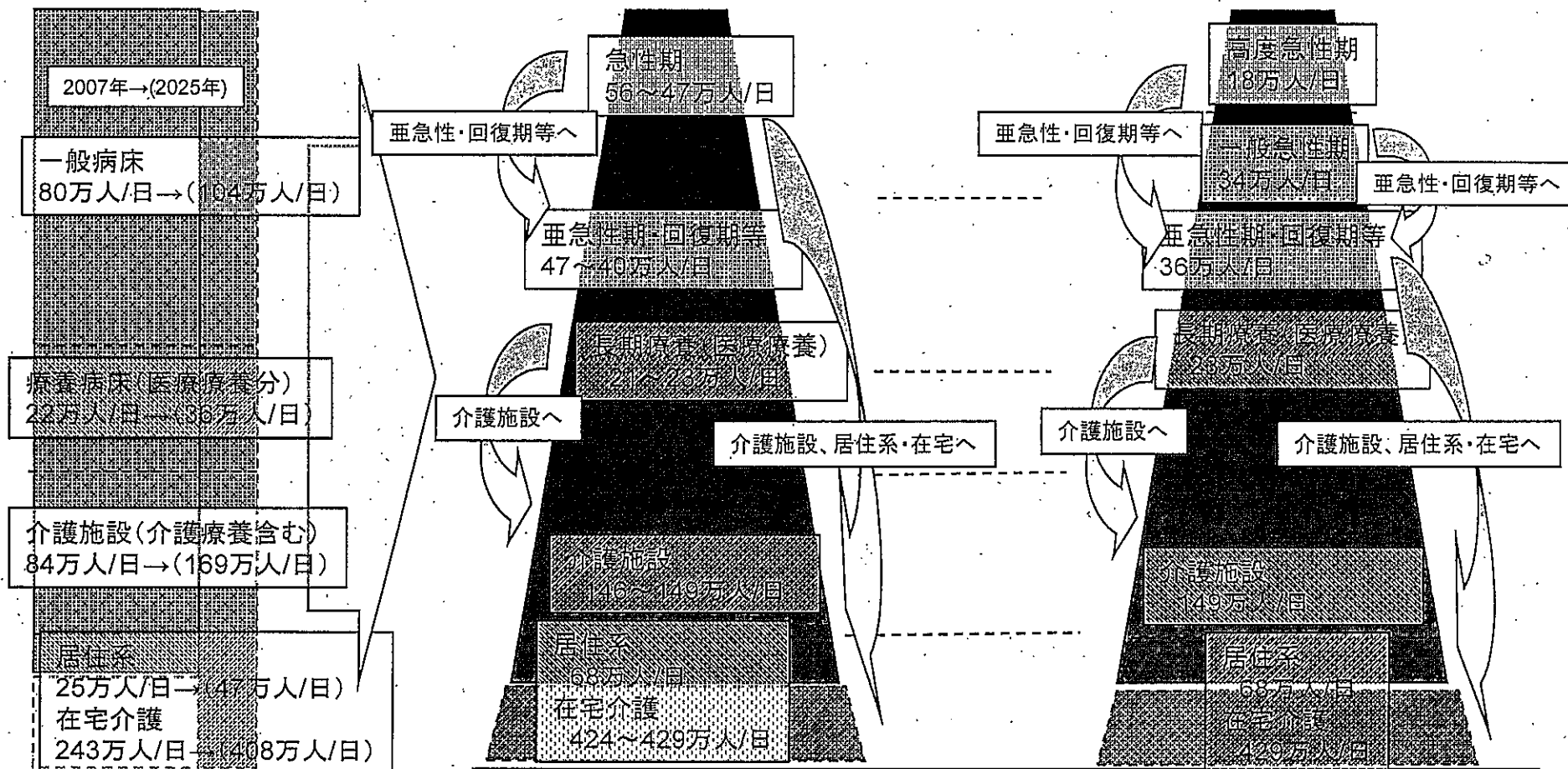
総括図

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く※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、垂直期等からの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。