

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)

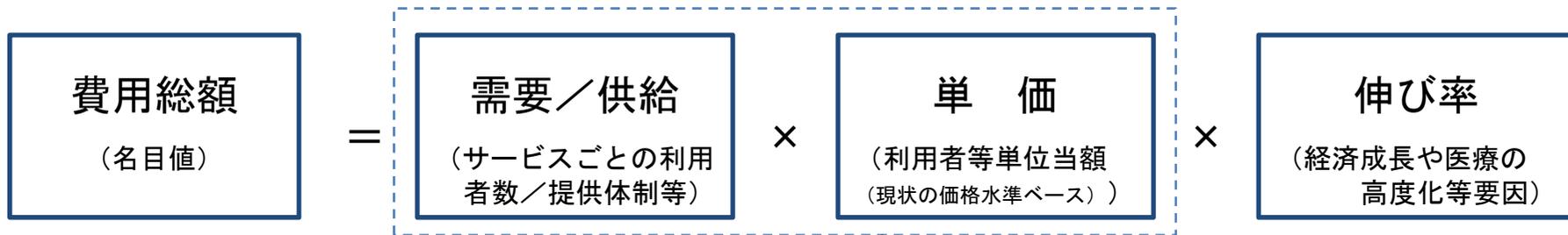
- まず、現在の性・年齢階級別のサービス利用状況をそのまま将来に投影したケース（現状投影シナリオ）におけるサービスごとの利用者数や単価等を作成。次に、これから、一定の改革シナリオに基づきサービス利用状況や単価等を変化させたケース（改革シナリオ）を作成。費用総額については、経済前提等を踏まえて設定した伸び率を乗じて推計。

【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当たり費用（例えば入院1日当たり費用）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当たり費用を仮定

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(利用者的大幅増) ◆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)
	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		

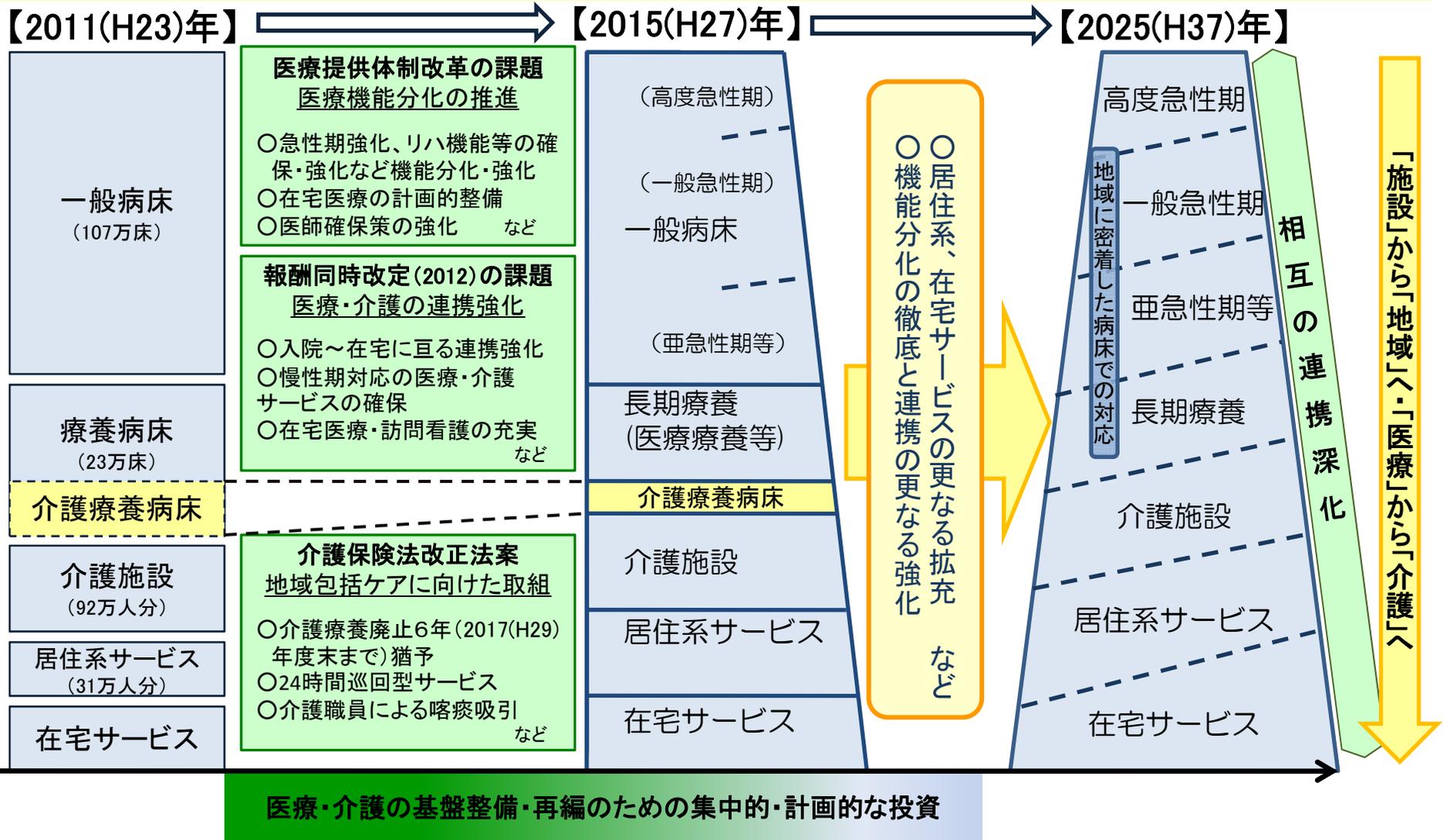
※ パターン1における ※ に同じ。

(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。



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。

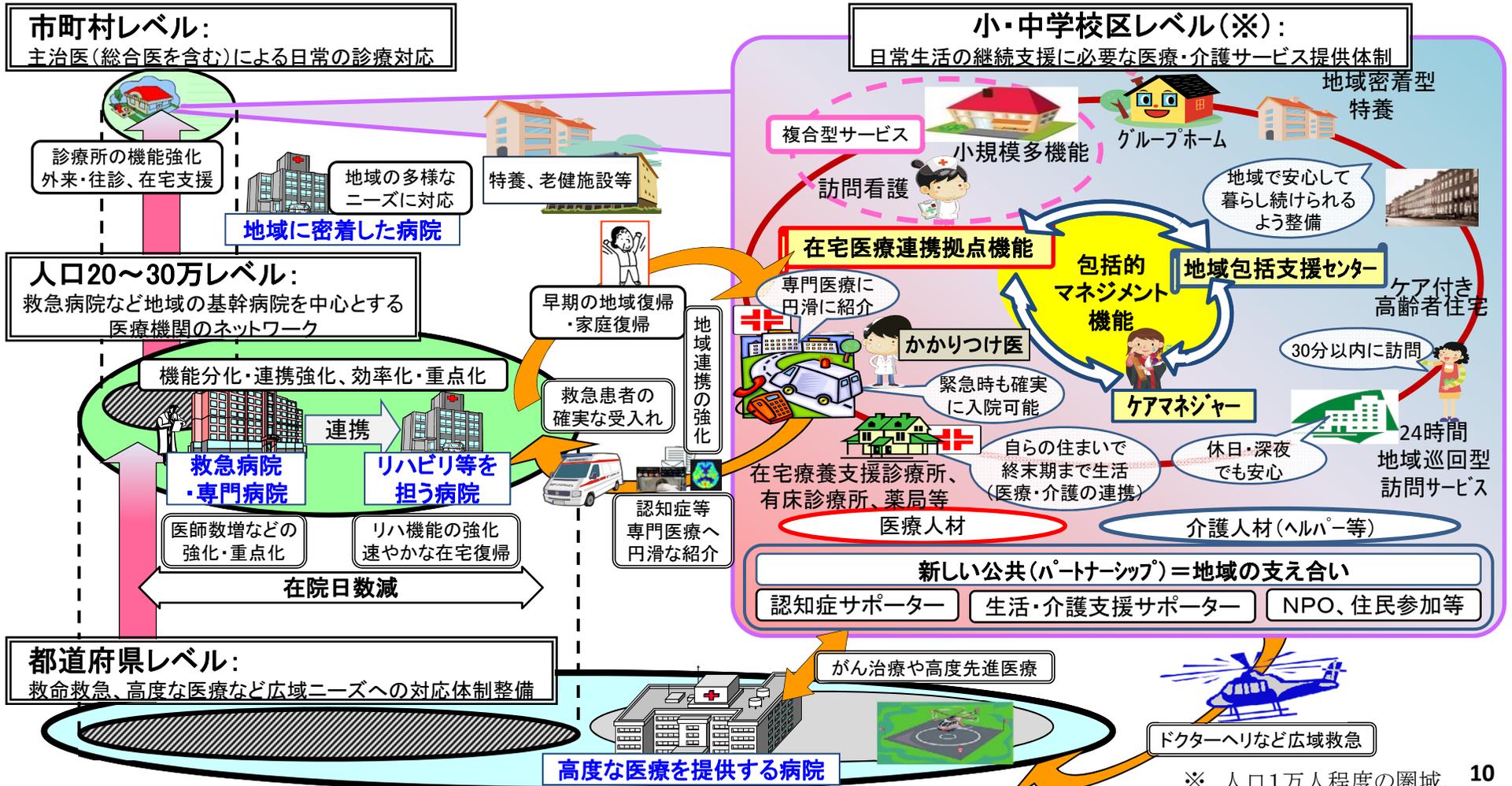
医療提供体制の充実と重点化・効率化

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

&

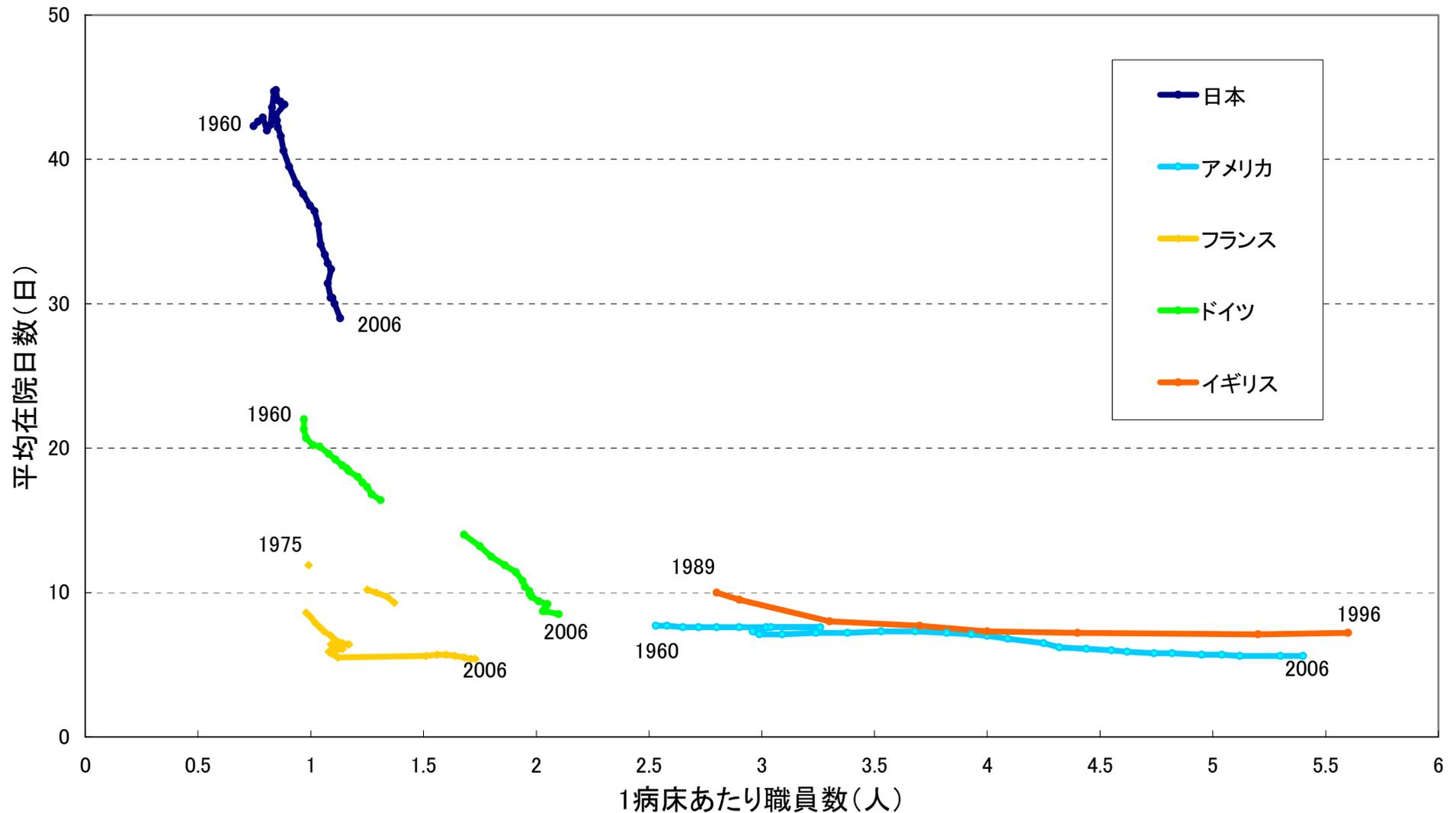
地域包括ケアの実現(包括的ケアマネジメントの機能強化)

※ 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



※ 人口1万人程度の圏域。 10

(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%		