

## (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ため、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(通過施設)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

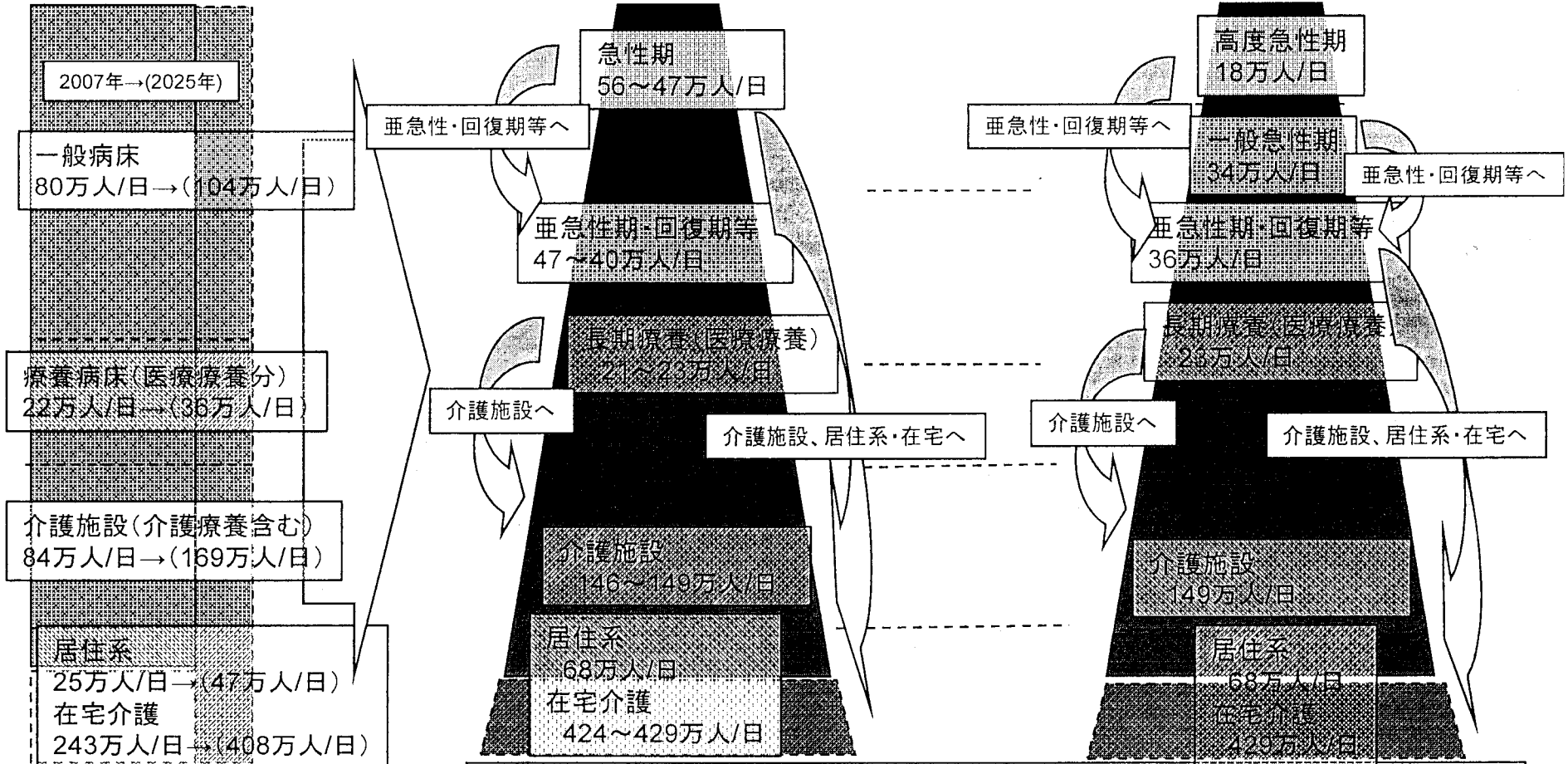
## 総括図

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 - 改革シナリオ

### 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
<p>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。</p> <p>※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)</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	<p>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。</p> <p>※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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	<p>《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。</p> <p>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。</p> <p>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ことによる入院需要減と仮定する。</p> <p>《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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>

(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
<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>亜急性期等には、31万人/日に急性期から移行する16万人/日に加え、47万人/日になるものと思われる。</p> <p>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。</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。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。</p> <p>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/日に加え、56万人/日となるが、</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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ものと見込む</li> <li>・ 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</li> </ul> <p>ことから、40万人/日になるものと思われる。</p> <p>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。</p> <p>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)</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。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。</p> <p>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/日に加え、51万人/日となるが、</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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ものと見込む</li> <li>・ 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</li> </ul> <p>ことから、36万人/日になるものと思われる。</p> <p>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。</p> <p>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)</p>