

【1】足元及び現状投影シナリオ(Aシナリオ)の需給状況を作成<Step1、2>**<Step1>**

- 足元は平成19(2007)年度とし、将来推計人口(平成18年12月推計)、患者調査(平成17年)、医療費の動向(平成19年度)、介護給付費実態調査(平成19年10月)等から、年齢階級別人口に対する各サービス利用者^(※1)の割合を作成するとともに、医療・介護の単価^(※2、※3)を作成。

(※1)入院や外来の1日の患者数、要介護認定者、介護施設・居住系サービスの利用者、在宅介護サービスの利用者。

(※2)入院の1人1月当たりの費用、外来の1人1日当たりの費用、介護施設・居住系サービスの1人1月当たり費用、在宅介護サービス利用者に係る1人1月当たり費用。

(※3)医療の費用は、国民医療費ベース(自己負担分を含む。自己負担を除く給付費が概ね社会保障給付費の医療分に相当)とし、薬局調剤医療費や訪問看護の費用は外来医療費にまとめる形で整理。介護の費用は、介護保険の各サービスの費用額(1割相当の自己負担分を含む)に、特定入所者介護(介護予防)サービス費を加えたものであり、基本的には、食費や居住費は対象外。

<Step2>

- 足元で作成した、年齢階級別人口に対する各サービス利用者の割合を、平成37(2025)年度の人口に乗じて、シミュレーションA(現状投影シナリオ)の各サービスの利用者数をシミュレートし、供給もこれにみあうものとする。
- 現状投影シナリオは、現状の医療・介護のサービス提供に関する問題点(不明確な機能分化、手薄な人員配置、ニーズに対応したサービス供給の不足等)は解決されず、効率化もなされないまま今後も推移していくこととなるシナリオであることに留意。

【2】Aシナリオから改革シナリオ(B1、B2、B3シナリオ)の需給状況を作成<Step3>

- Aシナリオの各サービス利用者数をベースに、サービス提供体制について選択と集中等による改革を図ることを想定して、改革シナリオにおける各サービス利用者数をシミュレートする。

- ・ B1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することとし、医療資源の集中投入でなるべく早く急性期を脱することができるようになり、早く治癒するようになる。また、亜急性期や回復期のリハビリテーションが必要なケースなど、状態像に応じた適切な設備・人員配置のもとで医療や介護が受けられるようになる。さらに、在宅医療、居住系サービスや在宅介護サービスが充実し、比較的重度者であっても、希望に応じてなるべく住み慣れた地域でケアを受けることができるようになる。

- ・ B2シナリオ:B1シナリオをさらに推し進め、急性期について、現在の欧米並みの水準まで高めていくこととする。

そして、それに対応して、地域ケア体制の機能が強化される。

- ・ B3シナリオ:B1、B2シナリオとは異なり、急性期について、さらに、高度急性期と一般急性期とに機能分化を徹底する。(B2シナリオにおける急性期と亜急性期・回復期等の一部が一般急性期に再編成されるイメージ。)

→ いずれのシナリオにおいても、平均在院日数の短縮や在宅医療・在宅介護の推進などの医療・介護サービスの質向上・効率化の観点等を踏まえてサービス提供体制の改革を進め、生活習慣病予防などの予防重視の観点等も織り込んで需要を設定するものとする。

→ また、医療・介護のシステムが全体として機能するためには、急性期と亜急性期・回復期等、さらには、これらと長期療養や介護施設、居住系サービスや在宅介護サービス、在宅・外来医療との間での、徹底した機能分化と連携強化とが不可欠。

【3】各シナリオのサービス基盤、単価をシミュレート<Step4>

- Step3の各シナリオごとに、各サービスの役割を果たすために必要な単価をシミュレート。このとき、必要な医療・介護資源の投入量(各施設に配置されるべきマンパワー等)を勘案。

【4】名目値への換算<Step5>

- Step3でシミュレートされた利用者数と、Step4でシミュレートされた単価とを掛け合わせて、平成37(2025)年度の静態価格を計算し、これに、伸び率(名目値ベース)を乗じて医療・介護費用をシミュレート。結果は費用額としては名目値となるが、基本的には、経済規模(名目GDPなど)との対比でみていくのが適当。
- 経済成長や技術進歩等の要因がここで織り込まれることとなる。
- 一方、B1、B2、B3シナリオでは、Step3で織り込んだもののほか、医薬品や医療機器に関する効率化要素を織り込んで伸び率を設定。

医療・介護サービスの需要と供給のシミュレーションの詳細

【基本的な考え方】

- 足元（2007年度）の年齢階級別サービス利用状況が続いたとした場合の「現状投影シナリオ（Aシナリオ）」から考える。

【一般病床入院患者（1日当たり）】	2007年	約 80万人	→	2025年	約104万人
【医療療養病床入院患者（1日当たり）】	2007年	約 22万人	→	2025年	約 36万人
【介護施設入所者（1日当たり）】	2007年	約 84万人	→	2025年	約169万人
【居住系サービス利用者（1日当たり）】	2007年	約 25万人	→	2025年	約 47万人
【在宅介護サービス利用者（1日当たり）】	2007年	約243万人	→	2025年	約408万人
【外来・在宅医療（1日当たり）】	2007年	約582万人	→	2025年	約634万人

（上記と重複あり）

- B1シナリオ及びB2シナリオの前提

現状において、一般病床に入院している患者のうち、「急性期医療ニーズ」と「亜急性期等医療ニーズ」とにそれぞれどれだけ該当するか推計^(※)すると、急性期で7割、それ以外（亜急性期等）で3割と見込まれる。したがって、

急性期医療ニーズ	73万人/日	
亜急性期等医療ニーズ	31万人/日	となる。

※ DPC及びDPC準備病院を急性期病院全体の代表として、在院日数等のデータをもとに急性期病床数必要数を試算すると、一般病床の基準病床に占める割合は70.3%となることから、104万人/日×70.3%=約73万人/日

- したがって、現状をベースに推計した、急性期73万人/日、亜急性期等31万人/日、長期療養（医療療養）36万人/日、介護施設169万人/日、居住系47万人/日、在宅介護408万人/日、外来・在宅医療634万人/日、が改革によってどのように変化していくかをシミュレートする。

（一統一）

- B3シナリオの前提

現状において一般病床に入院している患者について、「高度急性期医療ニーズ」、「一般急性期医療ニーズ」、「亜急性期等医療ニーズ」とにそれぞれどれだけ該当するか推計^(※)すると、高度急性期医療ニーズが全体（140万人）の15.6%（22万人）と見込まれる。したがって、

2025年	高度急性期医療ニーズ	22万人/日
	一般急性期医療ニーズ	51万人/日
	亜急性期等医療ニーズ	31万人/日

※ 急性期と亜急性期等の振り分けはB1及びB2シナリオと同様。高度急性期医療ニーズについては、特定機能病院の平均入院医療費収入程度以上の医療を行っているケースは高度急性期医療ニーズと仮定し、それを上回る費用がかかっているケースが入院全体の15.6%（件/日ベース）であるので、140万人/日 ×15.6%=約22万人/日

- したがって、現状をベースに推計した、高度急性期22万人/日、一般急性期51万人/日、亜急性期等31万人/日、長期療養（医療療養）36万人/日、介護施設169万人/日、居住系47万人/日、在宅介護408万人/日、外来・在宅医療634万人/日、が改革によってどのように変化していくかをシミュレートする。

(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、 ・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づるものと見込む ・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。</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、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、 ・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づるものと見込む ・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。</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、若者と高齢者が概ね5割ずつと仮定する)</p>