

## 医療・介護サービスの単価に関するシミュレーションの詳細

## (1)急性期

B1シナリオ	B2シナリオ	B3シナリオ
<p>平均在院日数を23%短縮するためには、1病床当たり職員など医療資源投入量を、DPC病院と比較して1.2倍とする。</p> <p>コメディカルや事務職も増えるので、勤務改善のほか、役割分担(スキルミックス)を進めることができる。</p> <p>現在の一般病床の一人当たり平均単価110万円×1.32(DPC単価比)×(1+0.812×0.2)≈約170万円</p> <p>※国公立を除くDPC対象病院の給与費、医薬品費、診療材料費等、医療機器減価償却費の比率は、81.2%なので、これをオンコストする。</p>	<p>平均在院日数を35%短縮し10日とするためには、1病床当たり職員数など医療資源投入量を倍増とする。(職員数について言えばOECD諸国並)。この中で勤務改善も図られる。</p> <p>コメディカルや事務職も増えるので、勤務改善のほか、役割分担(スキルミックス)を進めることができる。</p> <p>現在の一般病床の一人当たり平均単価110万円×1.812≈約200万円</p> <p>※国公立を除くDPC対象病院の給与費、医薬品費、診療材料費等、医療機器減価償却費の比率は、81.2%なので、これをオンコストする。</p>	<p><b>【高度急性期】</b> 平均在院日数を20%短縮するためには、1病床あたり職員数など医療資源投入量を、ハイケアユニット(下記一般急性期と同等)と比較して1.2倍とする。(現在の一般病床平均と比較すると約2.2倍となる)</p> <p>コメディカルや事務職も増えるので、勤務改善のほか、役割分担(スキルミックス)を進めることができる。</p> <p>現在の一般病床の一人あたり平均単価110万円×1.80(ハイケアユニット単価比)×(1+0.812×0.2)≈約230万円</p> <p><b>【一般急性期】</b> 平均在院日数を33%短縮し、9日とするためには、1病床あたり職員数など医療資源投入量を1.8倍とする。</p> <p>現在の一般病床の一人あたり平均単価110万円×(1+0.812×0.8)≈約180万円</p>

## (2)亜急性期・回復期等

B1シナリオ	B2シナリオ	B3シナリオ
<p>現在の亜急性期病棟、回復期リハビリテーション病棟を基本としつつ、勤務改善と医療必要度のアップに対応させるため、コメディカル等を中心に20%程度(単価への影響は10%)増加させる。</p> <p>現在の一般病床の一人当たり平均単価110万円×0.87(亜急性期単価比)×(1+0.1(職員数2割増に相当する給与費))≈約105万円</p>	<p>現在の亜急性期病棟、回復期リハビリテーション病棟を基本としつつ、勤務改善、医療必要度の一層のアップへの対応、在院日数の20%短縮のため、コメディカル等を中心に30%程度増加させる。</p> <p>現在の一般病床の一人当たり平均単価110万円×0.87(亜急性期単価比)×(1+0.15(職員数3割増に相当する給与費))≈約111万円</p>	(同左)

## (3)長期療養(医療療養)

B1シナリオ	B2シナリオ	B3シナリオ
<p>医療区分1と医療区分2の3割を介護施設等へ移行させた結果、医療療養の中で医療区分2(平均単価52万円)が69%、医療区分3(平均単価65万円)が31%となるので、これを加重平均すると、約56万円(現状は全体平均単価50万円)</p>	(同左)	(同左)

## (4)介護施設・居住系

B1シナリオ	B2シナリオ	B3シナリオ
<p>要介護度に応じた単価</p> <p>○施設 特養:平均単価31万円(平均要介護度4.0) *ユニットケアが7割程度普及するものと仮定し、特定入所者介護サービス費の差額分(約1.2万円)を単価に乗せ 老健:平均単価31万円(平均要介護度3.9) うち介護療養型老健:平均単価33万円(平均要介護度4.4) *ユニットケアが5割程度普及するものと仮定し、特定入所者介護サービス費の差額分(約0.6万円)を単価に乗せ</p> <p>○居住系 特定施設:平均単価18万円(平均要介護度2.4) グループホーム:平均単価27万円( " 2.6)</p>	<p>特養:平均単価31万円(平均要介護度4.1) (その他は同左)</p>	(同左)



## (5) 在宅介護

B1シナリオ	B2シナリオ	B3シナリオ
<p>要介護度に応じた単価 平均単価:16万円(平均要介護度1.9)</p> <p>要介護4~5の単身高齢者や施設から在宅へシフトした者の単価は限度額相当と仮定。また、要介護4~5の夫婦のみ世帯・その他世帯の者の単価は限度額の75%相当と仮定。</p> <p>要介護3以下については、平成15年から19年まで(制度改正の影響があった平成18年を除く)の平均利用額の上昇傾向を踏まえて、2025年において限度額に対する利用割合が18%(毎年1%)ポイント程度上昇するものと仮定。</p> <p>認知症サービスの充実を踏まえ、施設・居住系を利用しない在宅の認知症高齢者(約169万人)については、約60万人が小規模多機能サービスを利用するなど需要が増加すると仮定し、在宅と小規模多機能サービスの平均単価の差の半分程度(約5万円)を上乗せ。</p>	<p>平均単価:16万円(平均要介護度2.0) (その他は同左)</p>	<p>(同左)</p>

## (6) 外来・在宅医療

B1シナリオ	B2シナリオ	B3シナリオ
<p>外来(病院)は現状どおり 約1.5万円/日 外来(診療所)もほぼ現状どおり 約0.9万円/日 ※薬局調剤医療費等を含む費用額 外来(診療所)は外来(病院)の一部移行で微増</p> <p>訪問診療対象者 約20万円/月 (実態として、末期がん患者や人工呼吸着を付けたALS等の患者は月20~50万円程度、脳梗塞後の在宅療養患者等は月5~30万円程度であることから、これらを勘案して単価を月約20万円とした)</p>	<p>(同左)</p>	<p>(同左)</p>

(参考)平成19年6月実施 医療経済実態調査報告に基づく  
一床当たり平均入院収入の比較

○ 療養病床を除く一般病床(除く国公立)	1.0
○ ハイケアユニット入院医療管理料の病床	1.8
○ 特定機能病院の病床	1.44
○ DPC病院の病床	1.32
○ 亜急性期入院医療管理料の病床	0.87
○ 回復期リハビリテーション病棟入院料の病床	0.84