

(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>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。</p> <p>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。</p> <p>* 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</p>	<p>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。</p> <p>長期療養(医療療養)には、36万人/日から、亜急性期等からの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。</p> <p>* 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</p>	<p>(同左)</p>

(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
<p>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。</p>	<p>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。</p>	<p>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。</p>

(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
<p>(前提)</p> <p>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)。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>* 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。</p> <p>* 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。</p> <p>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。</p>	<p>(同左)</p>	<p>(同左)</p>

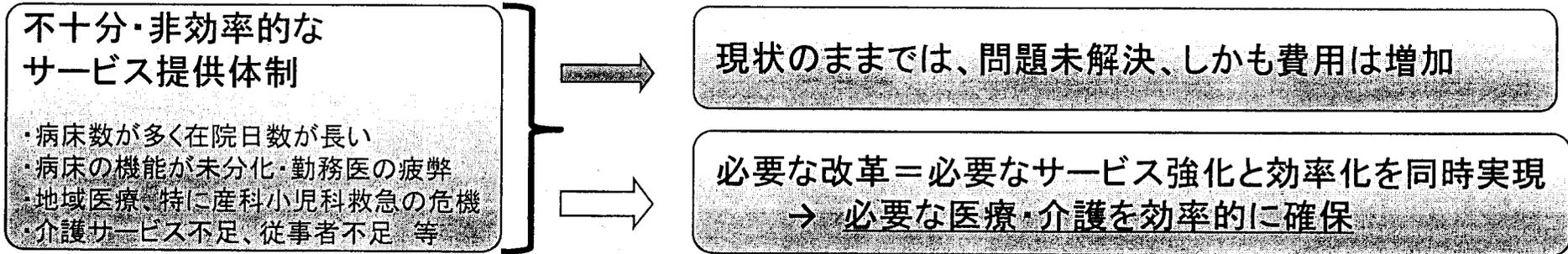
B1シナリオ	B2シナリオ	B3シナリオ
<p>(医療から移行する者について)  (1)～(4)により、医療から介護に移行する15万人/日については、医療ニーズが一定程度ある者であることから、大半(95%相当)が施設を利用するものと仮定する。</p> <p>「療養病床アンケート調査」(平成19年3月)によると、医療区分1もしくは2の患者について望ましいと考える施設として病院以外では特養、老健とするものが大半であり、各々同数程度であったことから、特養と療養型老健で半々程度で利用するものと仮定。残る1万人/日は在宅と仮定。結果として、特養7万人/日、療養型老健7万人/日、在宅1万人/日となる。</p>	<p>(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。</p> <p>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。</p> <p>「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)</p>	<p>(同左)</p>

## (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。

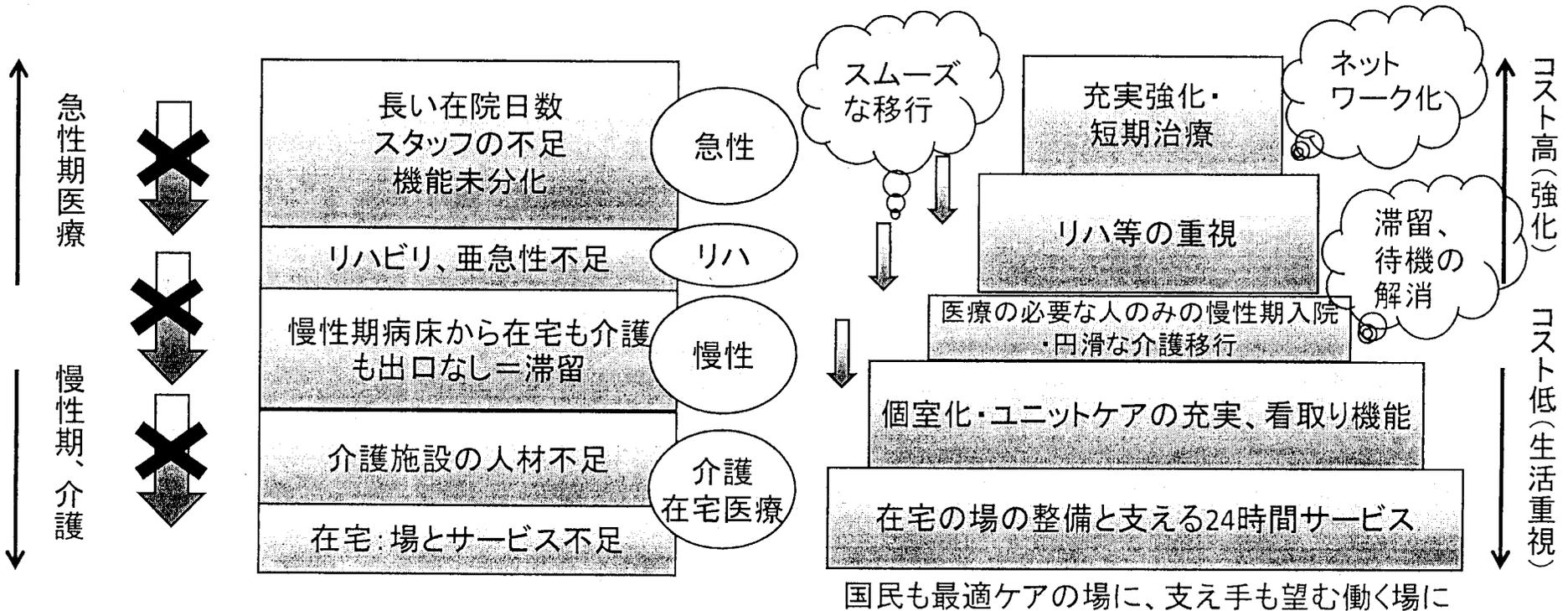
# 医療・介護サービスのシミュレーションの前提(ポイント)

あるべき医療・介護サービスを前提=改革(再生)への道筋を提示



<現状=非効率な資源利用・非最適化>

<将来=充実強化かつ効率的な資源利用>



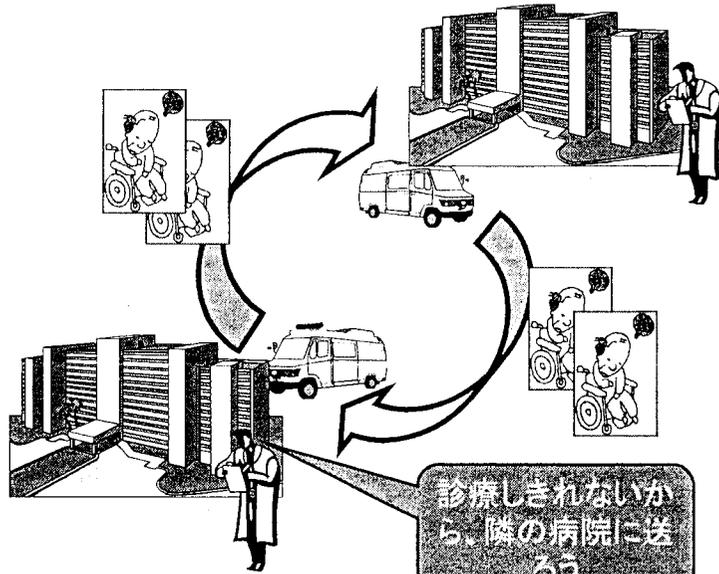
# 改革シナリオと現状投影シナリオの比較

Aシナリオ (現状投影)	B1シナリオ (穏やかな改革)	B2シナリオ (大胆な改革)	B3シナリオ (さらに進んだ改革)
急性期医療 一般病床 133万床 平均在院日数 20.3日	急性期医療 急性病床80万床(重点化) 平均在院日数12日(短縮)	急性期医療 急性病床67万床(重点化) 平均在院日数10日(短縮)	急性期医療 高度急性病床26万床(重点化) 平均在院日数16日 (困難事例・短縮)
人員数 現状のまま	人員数 58%増(増員) (急性病床の20%増)	人員数 100%増(増員)	人員数 116%増(増員) (このほか、その他の一般急性病床は、 49万床、在院日数9日、人員80%増 を見込む。)
介護施設 169万人分	介護施設 146万人分 (機能強化・重点化)	介護施設 149万人分 (機能強化・重点化)	介護施設 149万人分 (機能強化・重点化)
居住系 47万人分 うちグループホーム 25万人分	居住系 68万人分(充実) うちグループホーム 35万人分	居住系 68万人分(充実) うちグループホーム 35万人分	居住系 68万人分(充実) うちグループホーム 35万人分
在宅 小規模多機能 数万人/日	在宅(充実) 小規模多機能 60万人/日	在宅(充実) 小規模多機能 60万人/日	在宅(充実) 小規模多機能 60万人/日
マンパワー(医療介護職員計) 551.1~563.8万人	マンパワー(医療介護職員計) 627.8~641.3万人	マンパワー(医療介護職員計) 663.7~678.7万人	マンパワー(医療介護職員計) 669.1~684.4万人
効率化 織り込んでいない	効率化(上記以外) 効率化プログラム等を踏まえ ・予防効果(外来32万人減等) ・毎年0.1~0.3%効率化 ※(伸び率ケース①の場合)	効率化 (同左)	効率化 (同左)

# 急性期医療の充実・強化—1 高度急性期病床整備のイメージ

## 現状

機能が未分化、医師が分散  
一般病床約103万床



## 救急体制

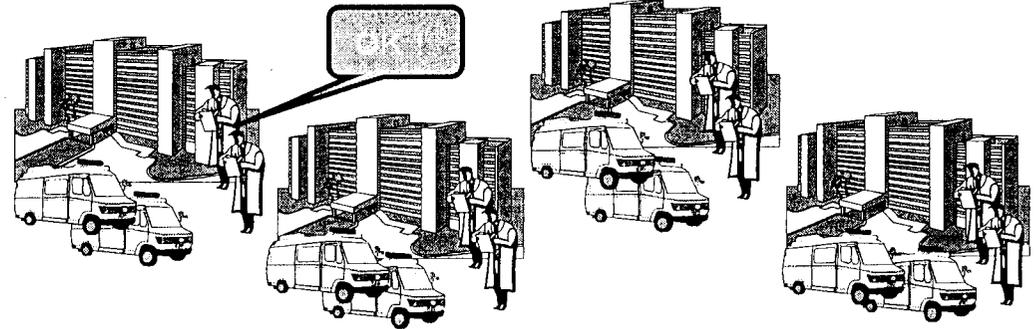
救命救急センター：210か所(ERを含む。)  
ICU：6,600床  
救急搬送患者：約500万人／年

## 医療の現状

医師もベッドも不足し、たらい回しが発生  
医師は通常勤務と当直を繰り返し、疲弊  
ERも救急医が足りないので十分な対応ができない  
患者も安心できない

## 改革後

急性期の重点化、強化  
約26万床の高度急性期に  
一般病床の2.2倍の医師等配置



## 救急体制

高度急性の重点整備、人員配置倍増等で救急体制も倍増  
夜間救急でも複数医師配置で体制十分  
(例) ER型救命救急センター：400か所  
ICU：13,000床、救急搬送患者：約650万人／年

元気でうちに帰れたよ



## 医療の将来像

すべての重大な症状の患者が15分以内に  
ER型救命救急センターで受け入れ  
医師は交代勤務制、看護師なども充実  
患者は安心、脳卒中の後遺症率は半減、早期の  
社会復帰も増加。車いす、寝たきりの割合が減少

# 急性期医療の充実・強化—2 重点化・集中化・連携強化のイメージ

現状

一般病床



長期入院で筋力も意欲も低下。もう家に帰れないのか？

医師不足で退院も遅れ



一般病床

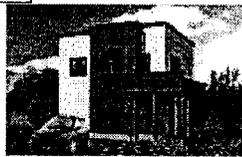


機能分化も連携も不足

スタッフが不足でリハも不足



誰が主治医？



改革後

急性期病院(人員1.6倍~2.2倍)

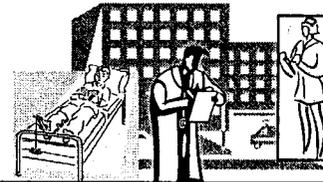


早期退院

回復期リハビリ病院



救急・手術など高度医療



地域の連携病院

元気でうちに帰れたよ

集中リハビリ→早期回復



主治医

日常の医療



地域の病院で対応可能な患者が救命救急センターに搬送されたり、連携が不十分。医師の疲弊、治療の質に影響、社会復帰が遅れるなど

地域の病院、拠点病院、回復期病院の役割分担が進み、連携が強化。発症から入院、回復期、退院までスムーズにいくことにより早期の社会復帰が可能に。



平成20年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査

(平成20年度調査)の結果報告書について

- 標記報告書につきましては、分量が多い(750ページ程度)ことから、当日配布とさせていただきます。
  
- なお、報告書は、以下の URL に掲載しておりますので、必要に応じてご参照いただければ幸いです。

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/05/s0520-4.html>