

## 資料3

## 医療・介護費用のシミュレーション

社会保障国民会議サービス保障(医療・介護・福祉)分科会 2008年10月23日

政府が10月23日に開催した、社会保障国民会議のサービス保障(医療・介護・福祉)分科会で配布された資料。この日は、医療・介護費用のシミュレーションについて議論された。

資料では、シミュレーションの前提となる考え方を整理した上で、シミュレーションの結果を示している。また、解説資料が提示されている。

シミュレーションの実施に当たっては、必要な医療・介護サービスを確保する観点から、大胆な改革を行うことを前提としている。その結果を踏まえて、今後、国民的議論が行われることが必要としている。

社会保障国民会議における検討に資するために行う  
医療・介護費用のシミュレーション

(本体資料)

1

## 目次

- ◆はじめにーシミュレーションの前提となる考え方の整理ー . . . . . 2
  
- ◆医療・介護費用シミュレーションー結果ー . . . . . 17
  - I シミュレーションA(現状投影シナリオ)及び  
シミュレーションB(改革シナリオ) . . . . . 19
  
  - II オプションシミュレーション . . . . . 43

# はじめに

## —シミュレーションの前提となる考え方の整理—

### 1. 本シミュレーションの位置付けについて

- 本シミュレーションは、平成20年9月9日に開催された第7回社会保障国民会議第二分科会（サービス保障（医療・介護・福祉））において決定された「社会保障国民会議における検討に資するために行う医療・介護費用のシミュレーションの前提について」（以下「シミュレーションの前提」）に基づいて、2025年段階における医療・介護費用のシミュレーションを行ったものである。
- これまでの多くの医療・介護費用の推計は、一定の経済前提を仮定し、将来人口推計と医療・介護費用に係る過去のトレンドを将来に投影して推計を行うこと（プロジェクション）が主流であった。  
これに対し、今回のシミュレーションでは、「医療・介護サービスのあるべき姿」を実現するという観点から、医療・介護サービス提供体制について一定の改革を行うことを前提に、推計作業を実施することとされている。
- サービス提供体制に関する「改革」の方向性については、社会保障国民会議中間報告（平成20年6月19日）において示されているところであり、「シミュレーションの前提」はこれを踏まえて設定されている。

## 2. シミュレーションの内容や今後の検証について

- 今回のシミュレーションは、これまでの各種推計とは異なり、サービス提供体制の改革をはじめ、医療・介護費用に影響を与える様々な要因を可能な限り織り込むこととしたため、一つ一つの仮定については、思い切った仮定数値を用いることが不可避となっている。
- この仮定数値については、今後様々な立場から議論が行われ、検証されていくことが望ましい。このため、今回のシミュレーションに用いたデータ、仮定数値については、以下のURLで全て公開することとした。

<http://kantei.go.jp/jp/singi/syakaihosyoukokuminkaigi/>

- また、特に重要と思われる、病院／施設・在宅サービスの利用者数(機能ごとの利用者数)とそれを担う必要病床数等のサービス量と人員配置、必要となるマンパワー数、各サービスの単価等の数値についても、シミュレーション結果の一環として示している。
- 将来の医療・介護費用のシミュレーションには、国民が今後のこれらのサービスの在り方をどう考えるかという視点が不可欠である。今回の試算を期に、今後、我が国においても将来的に必要なサービスやそのための費用について、専門家による研究の深化とともに、国民的な議論が行われることが望ましい。

## 3. シミュレーションに示された改革実現に向けた検討

- 本シミュレーションは、「医療・介護サービスのあるべき姿」の実現を前提としたシミュレーションであり、実際にこのような姿が実現されるためには、安定的な財源の確保のみならず、サービス供給体制の計画的整備や専門職種間の役割分担に関する制度の見直し、診療報酬・介護報酬体系の見直し、マンパワーの計画的養成・確保、サービス提供者間・多職種間の連携・ネットワークの仕組みの構築、サービスの質の評価など、制度面を含めたサービス提供体制改革のための相当大胆な改革が実行されることが必要であり、改革を実際に行う場合には、具体的な改革の道筋(工程表)を明らかにした上で、国民的な議論が行われる必要があることに留意すべきである。

(9月9日 第7回社会保障国民会議第二分科会資料より(一部補足))

6

## シミュレーション実施に当たっての基本的考え方

- 医療・介護サービスの将来像を試算することは、多くの要素が複雑にからむことから大変困難ではあるが、今後の国民的議論に資するため、需要、サービス提供、単位費用(単価)の伸びのそれぞれについて、**大胆な仮定をおいて、シミュレーションを行う。**
- 医療・介護の将来需要(ニーズ)については、現在の疾病・要介護状態の発生状況を基礎として今後の高齢化の進展を見込んで計算し、これを基本需要推計(現状需要推計)とする。ただし、
  - ・現状は、医療・介護ニーズに対して適切なサービス提供がなされていない(ニーズとサービスのミスマッチが生じている)ことから、一方で過剰需要(供給誘発需要)が生じ、他方で必要なサービスが提供されないなど、全体として非効率な利用状況となっている。
  - したがって、今後、ニーズに対し適切かつ効率的なサービスが提供されれば、入院から在宅への転換など、需要全体の姿も変化すると考えられる。これについては、望ましい提供体制像とともに、改革シナリオとして示すこととする。
  - ・予防について取り組みが進めば、需要総量そのものを一定程度コントロールできる可能性がある。これについては、一定水準の予防効果を織り込むこととし、さらに取り組みが進んだ場合についてオプションシミュレーションとして示す。
- 医療・介護サービス提供体制については、以下に示す複数のシミュレーションを行う。
  - ・現在のサービス提供体制を前提として、単純に基本需要推計に対応する提供量をいったん計算し、これを**シミュレーションA(現状投影シナリオ)**とする。
  - ・これに対して、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、これを**シミュレーションB(改革シナリオ)**とする。改革シナリオについては、前提により複数のシナリオを示す(それぞれ**B1**、**B2**、**B3**)。
  - ・改革シナリオにおいては、この提供体制の改革により生じる単価の変化も併せて見込む。

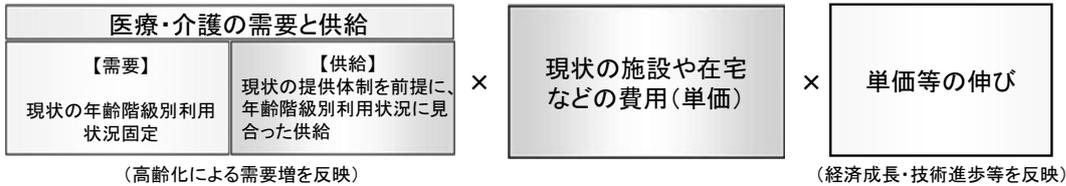
7

- 今後のサービスの単位費用(1治療等当たりの単価)の伸びについては、経済成長との関係が見られること、医療技術進歩による伸びが大きいこと、等の研究成果が出されていることを踏まえ、以下の二つの仮定(ケース)を置いてシミュレーションを行う。
  - ・ケース①：医療費の伸びの主な要因ごとに一定の仮定をおいた伸び率を使用。(効率化要因についても一定の仮定をおいて織り込む)
  - ・ケース②：国際的にみて、医療費と経済の間に一定の関連性が見られることから、医療費の伸びを経済成長率との関係で分析し、経済成長率に対応した一定の伸び率を仮定して使用
- サービス提供体制の改革には、人材養成等、一定の時間がかかること、また中長期的なシミュレーションが求められていることから、2025年までのシミュレーションを行う。
- 賃金上昇率、物価等の経済前提については、複数の前提を置く。(本国民会議の公的年金制度に関する定量的なシミュレーションの際の経済前提と同じ前提を置く。)
- なお、人的・物的基盤整備に係る費用(ストック費用)については、基本的には単価に反映され、個別の計算は困難であるため、今回は行わない。
- さらに、オプションとして、以下のシミュレーションを行う。
  - ・オプション(1)医療・介護予防がシミュレーションB(改革シナリオ)に織り込んだ水準よりもさらに進んだ場合
  - ・オプション(2)介護職員の人件費水準を一律に引き上げた場合

**医療・介護サービス費用のシミュレーションのイメージ**

**(1)シミュレーションA(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）



**【前提】**

**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

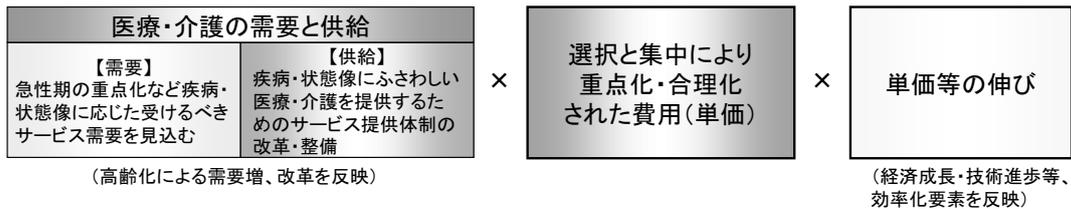
**供給:** 上記のように仮定した需要に見合うよう、現状と同水準で各サービスの供給が行われるとした場合を仮定

**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

→ 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）が解決されず、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

**(2)シミュレーションB(改革シナリオ)**

（選択と集中～あるべき姿を踏まえたシミュレーション）



※ 医療・介護サービス提供体制の改革に関して、B1、B2、B3の3通りの改革シナリオを想定

**【前提】**

**需要:** 急性期の重点化、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

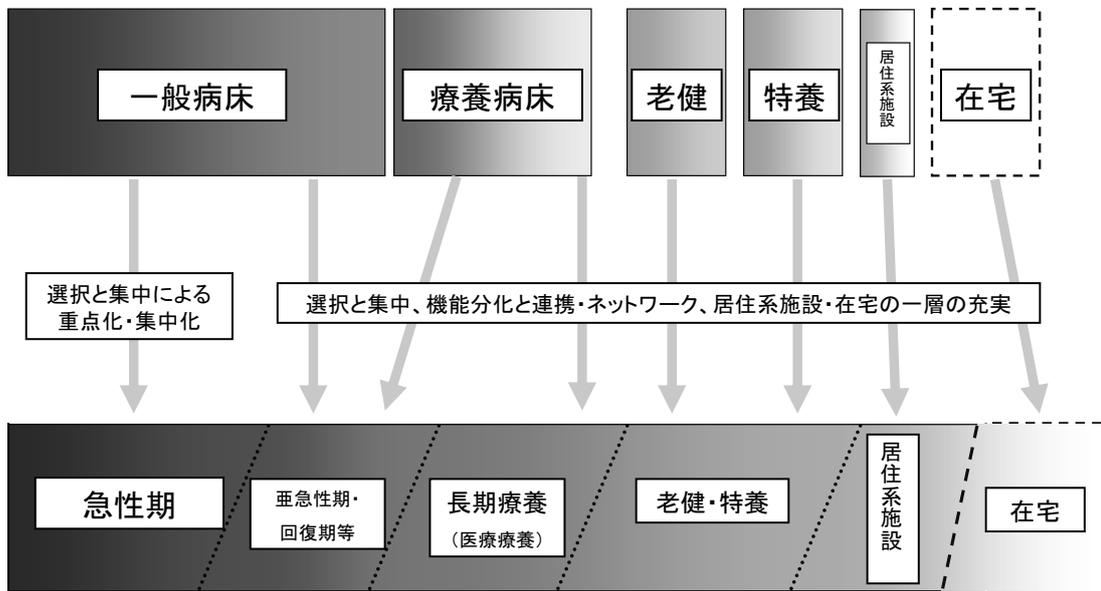
※ 医療・介護サービスの質向上・効率化プログラム（平成19年5月 厚生労働省）における取組（予防重視の観点やサービスの質向上・効率化の観点）を踏まえて需要を設定

**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

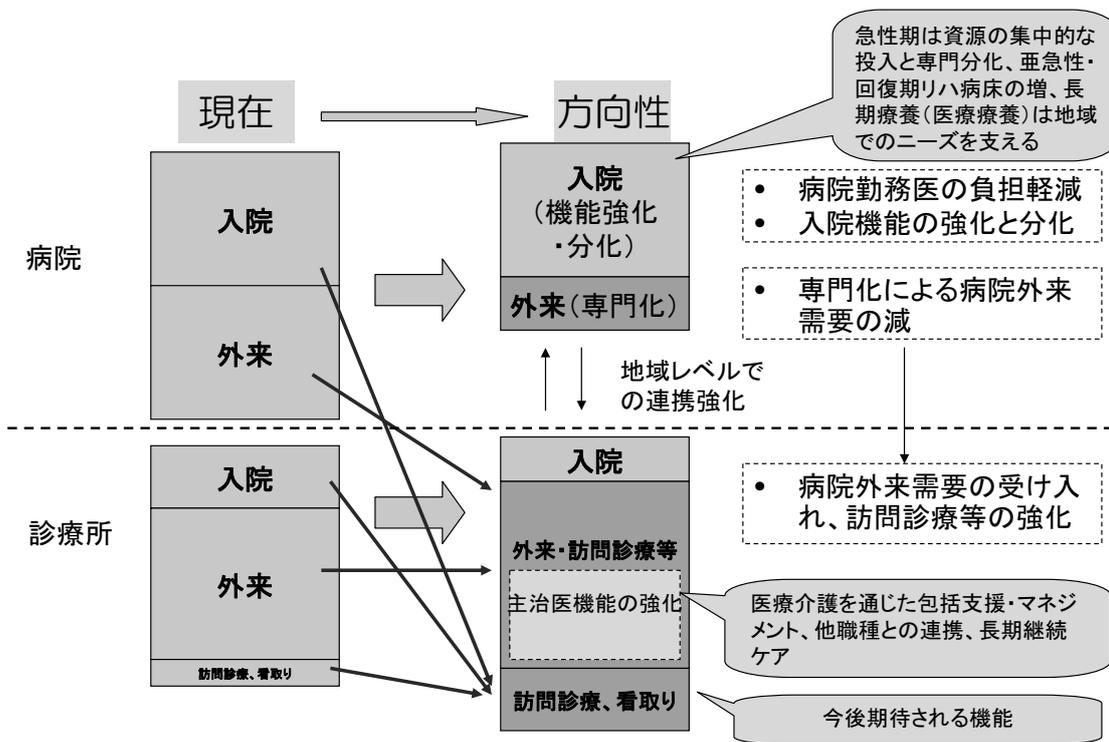
### 医療・介護提供体制の現状と将来像（イメージ図）

現状：病床機能の未分化、ニーズに応じた供給の不足



将来像：選択と集中、機能分化・ネットワーク、居住系施設・在宅の一層の充実

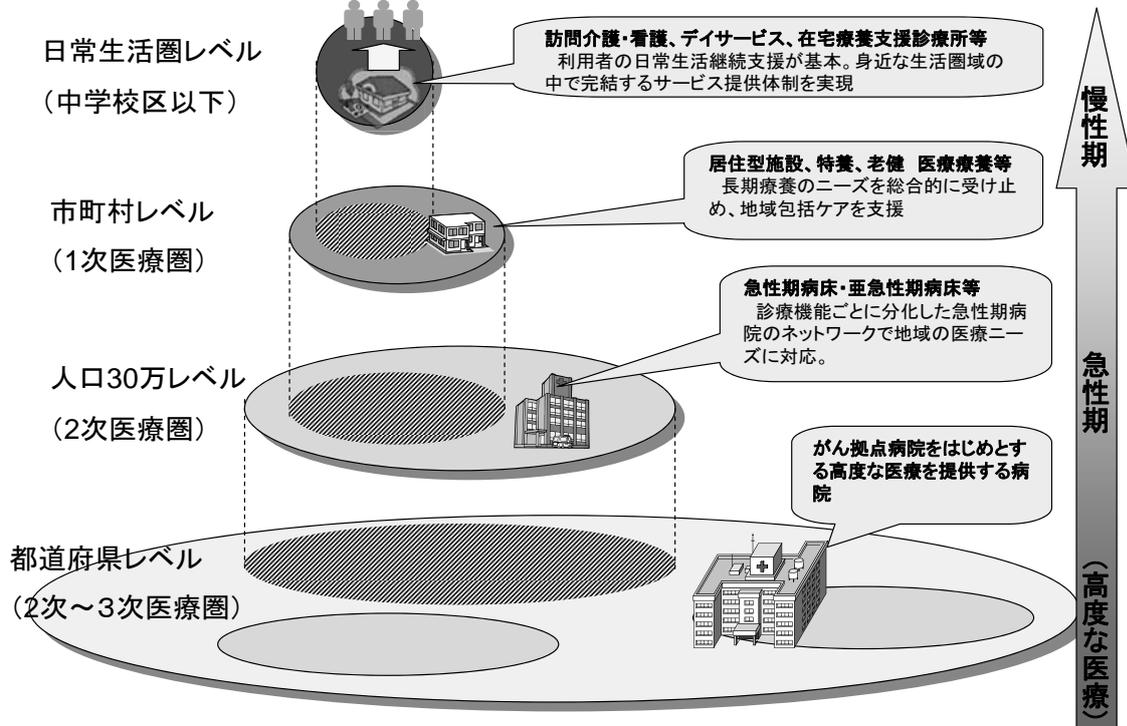
### （「入院中心」→「在宅・訪問診療等の強化による地域での療養中心」といった方向性のイメージ）



医療・介護提供体制にかかる課題 ～地域医療・介護サービスネットワークの構築～

12

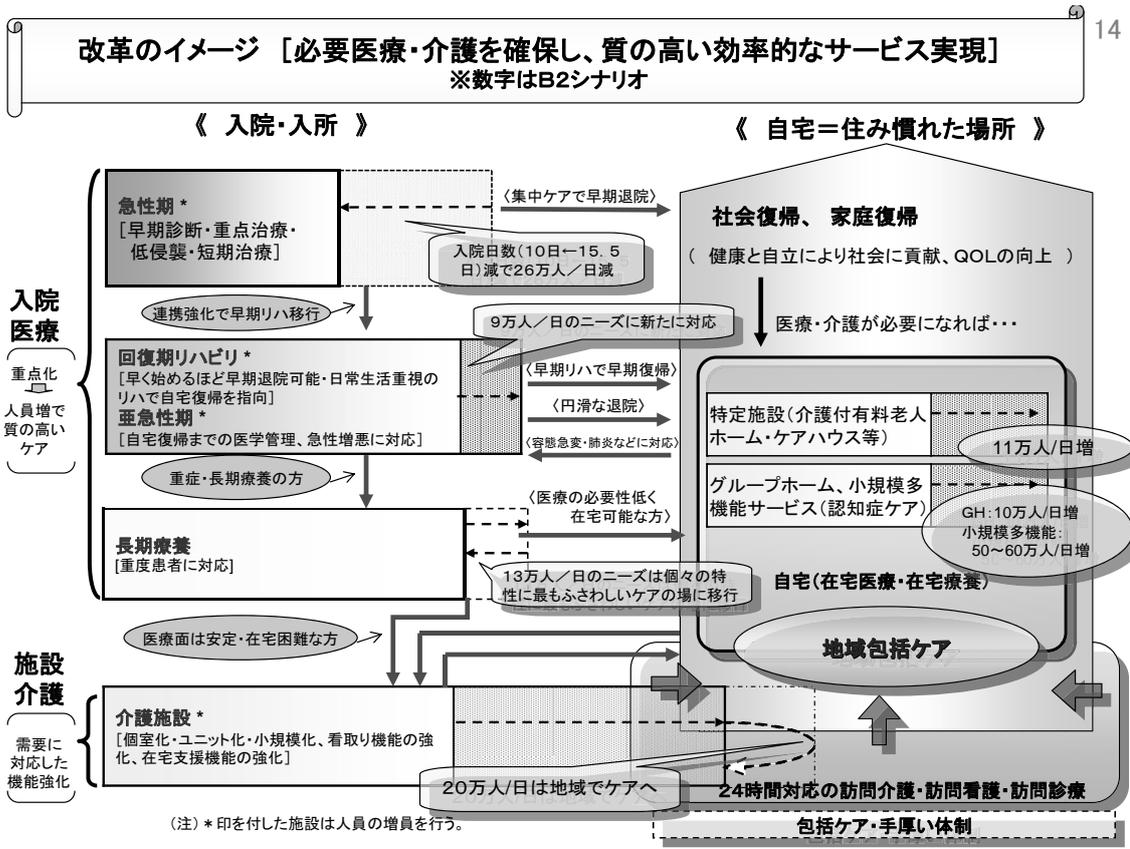
機能分化し重層的に住民を支える医療・介護サービス



(参考)各改革シナリオにおける主な充実要素、効率化・重点化要素

13

		2025年		
		B1シナリオ	B2シナリオ	B3シナリオ
充実	急性期医療の改革 (医療資源の集中投入等)	・急性期医療の職員58%増、 単価約1.5倍 (増加率や倍率は、現状及びAシナリオの一般病床対比でみた場合)	・急性期医療の職員100%増 単価約1.8倍	・高度急性 116%増/約2.1倍 ・一般急性 80%増/約1.6倍
	在宅医療・在宅介護の推進等 (施設から在宅・地域へ)	・居住系・在宅介護利用者 約37万人/日増加 (増加数は、Aシナリオの居住系・在宅介護利用者数に対する数)	・居住系・在宅介護利用者 約43万人/日増加	(同左)
	認知症への対応	・グループホーム、小規模多機能施設の充実 約95万人/日 (Aシナリオでは25+数万/日)	(同左)	(同左)
	医療・介護従事者数の増加	・全体で2007年の1.6～1.7倍程度 (Aシナリオでは、2007年に対して1.4～1.5倍程度)	・1.7～1.8倍程度	(同左)
	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	・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、訪問診療の拡充等各種サービスの充実 ・各医療機関や介護サービス等の機能分化・強化、在宅医療・在宅介護の推進等のため、各サービス間の連携強化 など		
効率化・重点化	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	・急性期: 平均在院日数12日 病床数80万床 ・亜急性期・回復期等: 75日 52万床 (Aシナリオの一般病床では、平均在院日数20.3日[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]、病床数133万床)	・急性期: 平均在院日数10日 病床数67万床 ・亜急性期・回復期等: 60日 44万床	・高度急性: 16日/26万床 ・一般急性: 9日/49万床 ・亜急性期・回復期等: 60日/40万床
	在宅医療・在宅介護の推進等 (施設から在宅・地域へ)	・入院・介護施設入所者 約38万人/日減少 (減少数は、Aシナリオの入院・介護施設利用者数に対する数)	・入院・介護施設入所者 約50万人/日減少	・入院・介護施設入所者 約49万人/日減少
	予防(生活習慣病・介護)	・生活習慣病予防により外来患者数約32万人/日減少 (対Aシナリオ)	(同左)	(同左)
	医薬品・医療機器に関する効率化等	・伸び率として、2012年まで△0.3%、その後△0.1%程度 (伸び率ケース①の場合)	(同左)	(同左)
	医師・看護師等の役割分担の見直し	・病院医師の業務量△10%	・病院医師の業務量△20%	(同左)



**経済成長と医療・介護費用の伸び、技術革新・効率化の影響を踏まえて設定した単価等の伸び率**

○ 高齢化による需要増等とは別に織り込む「伸び」として次の2つのケースを仮定(名目値ベース)

ケース① 医療：経済成長連動の改定 + 医療技術の高度化等 - 薬・機器等に係る効率化等  
介護：賃金と物価の伸びの加重平均

- <考え方>
- ・医療：医療費の伸びに関連する要因を一定の仮定のもとで積み上げて設定
    - ※1. 第1項：過去の診療報酬改定率と名目経済成長率との間には4～5年程度のタイムラグのもとで高い相関が観測されている。回帰式： $y=0.3335x$  (相関係数(R)0.875, y:改定率, x:5年前の成長率, 切片=0)
    - ※2. 第2項：過去の医療費の伸び率から、人口増減、人口の高齢化、診療報酬改定(近年はマイナスの影響)、制度改正の影響(近年はマイナスの影響)を控除してみれば、概ね2.2%程度と観測。
    - ※3. 第3項：今後の中長期的な薬剤や医療機器についての効率化効果を見込む(2012年ごろまで $\Delta 0.3\%$ その後 $\Delta 0.1\%$ )。なおシミュレーションAは現状を投影する推計であるためこの項は考慮していない。
      - 医療・介護サービスの質向上・効率化プログラム(目標期間は基本的に2008年度～2012年度)を踏まえ、後発医薬品の使用促進(2012年度までに数量ベースで30%(後発品のある先発品についてはその処方半数以上で後発品が使用される水準))をはかることによる医療費(33～34兆円)への影響(当年度 $\Delta 0.2\sim\Delta 0.3\%$ 程度)や、コンピューター断層撮影診断(医科点数に占める割合は約2.5%程度)等に係る合理化等(医療費に占める割合自体が僅少で、今後数年で効率化可能な部分は伸び率換算で年 $\Delta 0.1\%$ に満たない程度と考えられる)等を仮定して、設定。
  - ・介護：介護費用の構造を見ると給与費(人件費)が約65%を占めることから、費用の65%が賃金上昇率で、35%が物価で上昇するとして伸び率を設定

ケース② 医療：賃金と物価の伸びの平均+1%程度  
介護：ケース①と同じ

- <考え方>
- ・医療：過去、医療費の伸びが経済の伸びを一定程度上回って推移してきたことを、踏まえて設定
    - ※. 近年の医療費の伸びは名目GDPの伸びを平均的には概ね1.5%程度(a)上回って推移。同期間においては、診療報酬改定の影響が概ね $\Delta 1\%$ 程度(b)ある一方で、人口の高齢化による影響が概ね1.5%程度(c)あると考えられ、(a)-(b)-(c)=概ね1%程度となることを勘案して設定。
  - ・介護：ケース①と同じ

経済前提: 社会保障国民会議における検討に資するために行う公的年金制度に関する定量的なシミュレーション(平成20年5月)における経済前提と同じ

※ 名目成長率は、2007年度2.2%、2008年度2.8%、2009年度3.3%、2010年度3.7%、2011年度3.9%、2012年度以降は賃金上昇率マイナス0.5%ポイントを仮定。

足下の経済前提については、2007年1月「進路と戦略」内閣府試算を用い、2012年度以降の長期の前提は、以下の4とおりとす。

足下の前提

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
物価上昇率	0.3%	0.5%	1.2%	1.7%	1.9%	1.9%
賃金上昇率	0.0%	2.5%	3.0%	3.5%	3.8%	4.1%
運用利回り	1.7%	2.4%	3.0%	3.7%	4.1%	4.4%

2012年度以降の長期の前提

	ケースⅠ-1	ケースⅠ-2	ケースⅡ-1	ケースⅡ-2
物価上昇率	1.6%	1.1%	1.0%	1.0%
賃金上昇率	3.7%	2.6%	2.5%	2.1%
運用利回り	4.9%	4.0%	4.1%	3.2%

(注) ケースⅠ-1及びケースⅠ-2は、平成19年10月17日の経済財政諮問会議に示された「給付と負担の選択肢について」の試算における成長ケース及び制約ケースの前提、ケースⅡ-1及びケースⅡ-2は、「人口の変化等を踏まえた年金財政への影響(暫定試算):平成19年2月(厚生労働省年金局)」における基本ケース及び参考ケースの前提をそれぞれ踏まえたもの。

## 医療・介護費用シミュレーション

### — 結果 —

## シミュレーションの内容

### I シミュレーションA(現状投影シナリオ)及びシミュレーションB(改革シナリオ)

(医療・介護サービスの需要や供給、経済前提や単価等の伸びについての各種前提のもとでの平成37(2025)年における医療・介護サービス費用等のシミュレーション)

※各シミュレーションの手順と詳細は解説編「サービス提供体制改革の考え方」P15～の「シミュレーションの手順と詳細」を参照

- (1) 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
- (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  
(附)医療/介護・施設/在宅間の利用者の移動に関するシミュレーション
- (3) マンパワーの必要量のシミュレーション
- (4) 医療・介護サービスごとの単価のシミュレーション
- (5) 医療・介護サービス費用のシミュレーション  
(附)財源構造についての粗いシミュレーション  
(附)途中年次(2015年)の財源構造についての粗いシミュレーション

### II オプションシミュレーション

- (1) 医療・介護の予防がシミュレーションB(改革シナリオ)に織り込んだ水準よりもさらに進んだ場合のシミュレーション
- (2) 介護職員の人件費水準を一律に引き上げた場合のシミュレーション

【このシミュレーションでは、人口は各年10月1日時点、利用者や費用等は年度をベースとして推計を行っている。】

## I シミュレーションA(現状投影シナリオ) 及びシミュレーションB(改革シナリオ)

## (1) 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

20

	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	80万人/日	104万人/日 (73万人/日 31万人/日)	56万人/日	47万人/日	高度18万人/日 一般34万人/日
亜急性期・回復期等			47万人/日	40万人/日	36万人/日
(急性期小計)	(80万人/日)	(104万人/日)	(103万人/日)	(87万人/日)	(88万人/日)
長期療養(医療療養)	22万人/日	36万人/日	21万人/日	23万人/日	23万人/日
介護施設	84万人/日	169万人/日	146万人/日	149万人/日	149万人/日
特養	42万人/日	85万人/日	76万人/日	78万人/日	78万人/日
老健 (老健+介護療養)	42万人/日	83万人/日	70万人/日	72万人/日	72万人/日
(入院・介護施設小計)	(186万人/日)	(309万人/日)	(271万人/日)	(259万人/日)	(260万人/日)
居住系	25万人/日	47万人/日	68万人/日	68万人/日	68万人/日
特定施設	11万人/日	22万人/日	33万人/日	33万人/日	33万人/日
グループホーム	13万人/日	25万人/日	35万人/日	35万人/日	35万人/日
在宅介護	243万人/日	408万人/日	424万人/日	429万人/日	429万人/日
うち小規模多機能	1~2万人/日程度	数万人/日程度	60万人/日	60万人/日	60万人/日
(居住系・在宅介護小計 うちGH・小規模多機能)	(268万人/日) (14~15万人/日程度)	(454万人/日) (25+数万人/日程度)	(492万人/日) (95万人/日)	(497万人/日) (95万人/日)	(497万人/日) (95万人/日)
外来・在宅医療	582万人/日	634万人/日	631万人/日	644万人/日	643万人/日
利用者総数(重複あり)	(1036万人/日)	(1397万人/日)	(1394万人/日)	(1400万人/日)	(1400万人/日)
(参考)総人口	1億2,777万人	1億1,927万人			

21

(注1)人数(人/日)は、1日当たりの各サービスの利用者数の計算値である。具体的には、入院や入所はある日の入院・入所者数、在宅介護は、ある月に在宅サービスを受給した者をベースに計算したもの(介護保険の在宅サービスは基本的に受給者個々に作られるケアプランに基づいて提供されるので、ある日における在宅サービスのプランをもっている者と考えて差し支えないものと考えられる)。また、外来・在宅医療はある日に外来・在宅医療を受けた患者数(通院等をしているがその日に医療機関にアクセスしていない者は含まない。)である。

(注2)年間の延受診日数(=延患者数)等に換算するには、シミュレーションの基礎とした患者調査と実績との関係等から、入院や入所は表中の数値に365を乗じればよいと考えられる。在宅介護は、表中の数値に12(月)を乗じれば年間延受給者数(概ね年間延ケアプラン数に相当するもの)と考えられる。また、外来・在宅医療は、表中の数値は「患者調査」におけるある日の患者数に相当するものなので、患者調査の患者数と年間の延受診日数との関係から、病院の外来は約260、一般診療所の外来及び歯科診療所の外来では約330を乗じればよいと考えられる。

(注3)B1~B3の外来・在宅医療は予防による患者の減少を5%程度(約32万人/日)見込む一方、医療機関や介護施設から在宅に移る数(B1:約29万人/日、B2:約42万人/日、B3:約41万人/日)を加えた数である。実際は、これら移る者は、移行後は(毎日ではなく)例えば、週数回という形で外来・在宅医療を受けるものと考えられるので、外来・在宅医療の1日あたり患者数としては、その分減少することに留意が必要。

(注4)精神・感染症等の病床、歯科診療所に係る患者数は、この表には表示していない。

医療・介護サービスの需要と供給(一日当たり利用者数等)の変化

22

	2025年		
	B1シナリオ	B2シナリオ	B3シナリオ
急性期	▲17万人/日	▲26万人/日	▲21万人/日
亜急性期・回復期等	16万人/日	9万人/日	5万人/日
(急性期増減)	(▲1万人/日)	(▲17万人/日)	(▲16万人/日)
長期療養(医療療養)	▲15万人/日	▲13万人/日	▲13万人/日
介護施設	▲22万人/日	▲20万人/日	▲20万人/日
(入院・介護施設小計)	(▲38万人/日)	(▲50万人/日)	(▲49万人/日)
居住系	22万人/日	22万人/日	22万人/日
在宅介護	16万人/日	21万人/日	21万人/日
(居住系・在宅介護小計)	(37万人/日)	(43万人/日)	(43万人/日)
外来・在宅医療	▲2万人/日	10万人/日	9万人/日

(注1)各利用者数について、Aシナリオからの変化をみたものである。  
 (注2)外来・在宅医療については、各改革シナリオにおける予防効果(Aシナリオに比べて32万人/日程度患者数が減少)が含まれている一方、居住系サービス利用者で外来・在宅医療を受けている者を含んでいることに留意が必要。

(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

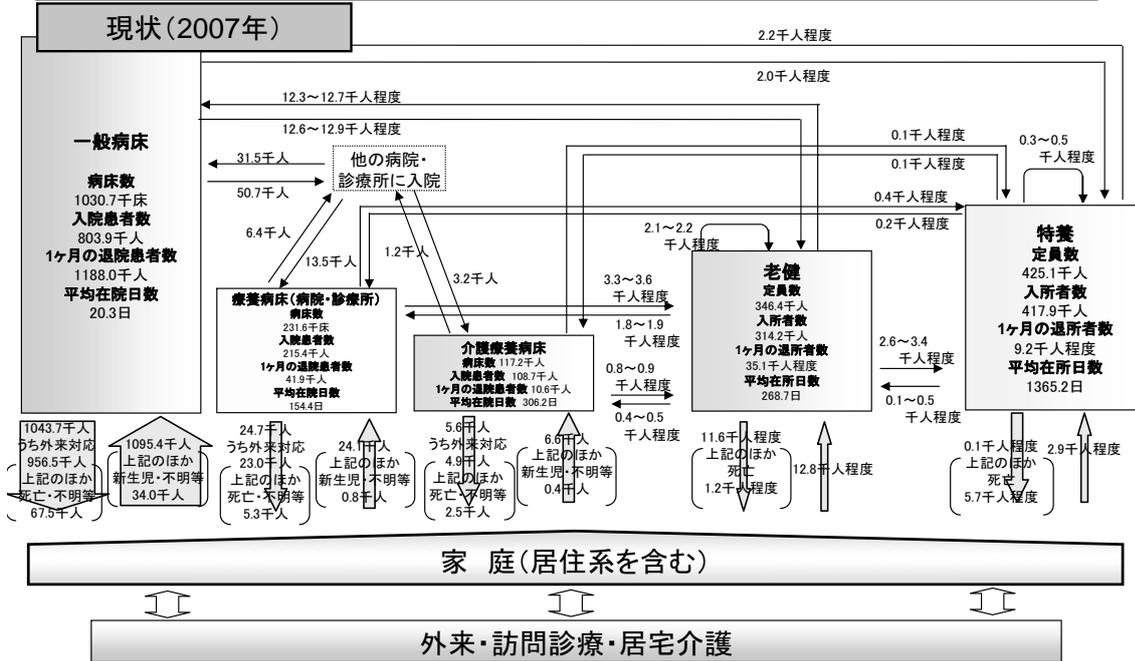
23

	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 34万人/月 70% 16日 一般病床の職員の 116%増 ・一般急性49万床 退院患者数 113万人/月 70% 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 90% 75日 コメディカル等を 20%増 退院患者数 19万人/月	44万床 90% 60日 コメディカル等を 30%増 退院患者数 20万人/月	40万床 90% 60日 コメディカル等を 30%増 退院患者数 20万人/月
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。

(附) 医療/介護・施設/在宅間の利用者の移動に関するシミュレーション

24

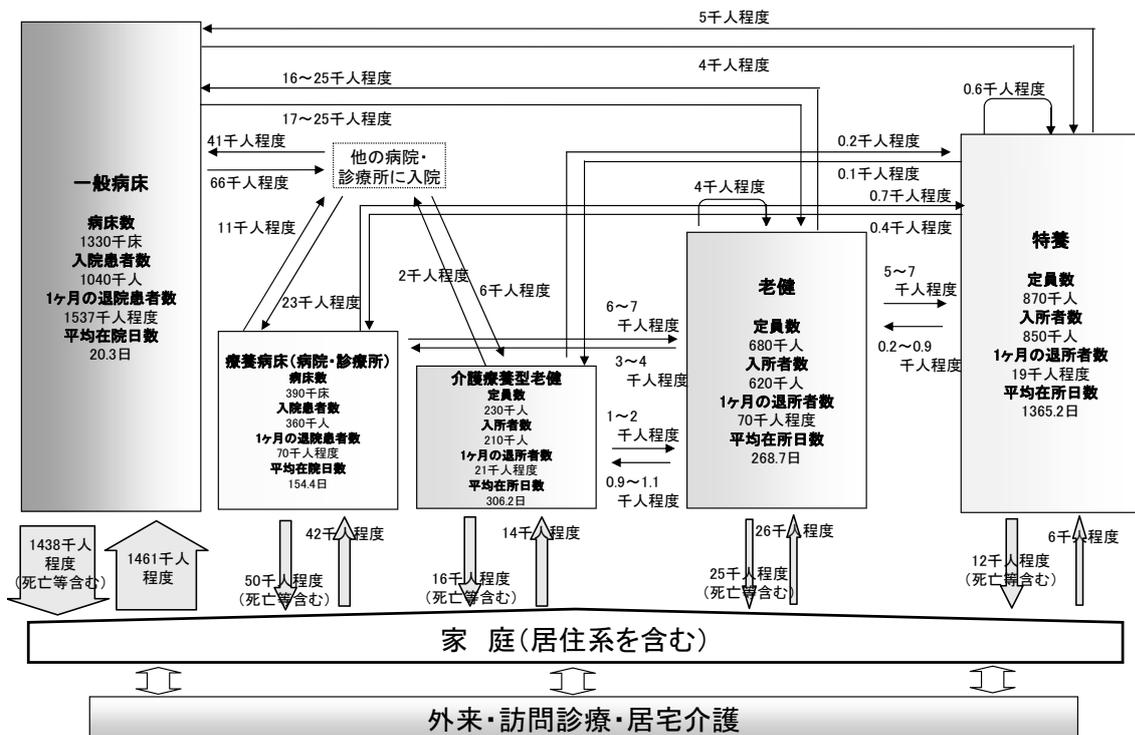


(資料)「患者調査」、「介護サービス施設・事業所調査」(厚生労働省)等  
 (作成方法等)

1. 入院・入所者数や平均在院日数は、医療・介護サービスの需要と供給のシミュレーションの数値を使用(平均在院日数は調査結果より)。
2. 利用者の移動(入院・入退院・入退所等)数については、「患者調査」及び「介護サービス施設・事業所調査」と、入院・入退院・入退所等の数等が定常状態の場合における関係式(ある日において入院・入所している者の数=ある日における入(退)院・入(退)所者数×平均在院・在所日数)に基づき設定。なお、1月は30日として計算。
3. 調査によって各施設等に係る「入所前の場所」と「退所後の行き先」とが完全に一致しないこと等から、数値は一定の幅をもって表示している。  
 また、特養と医療機関との間の移動については特養の退所者数を基に設定した。

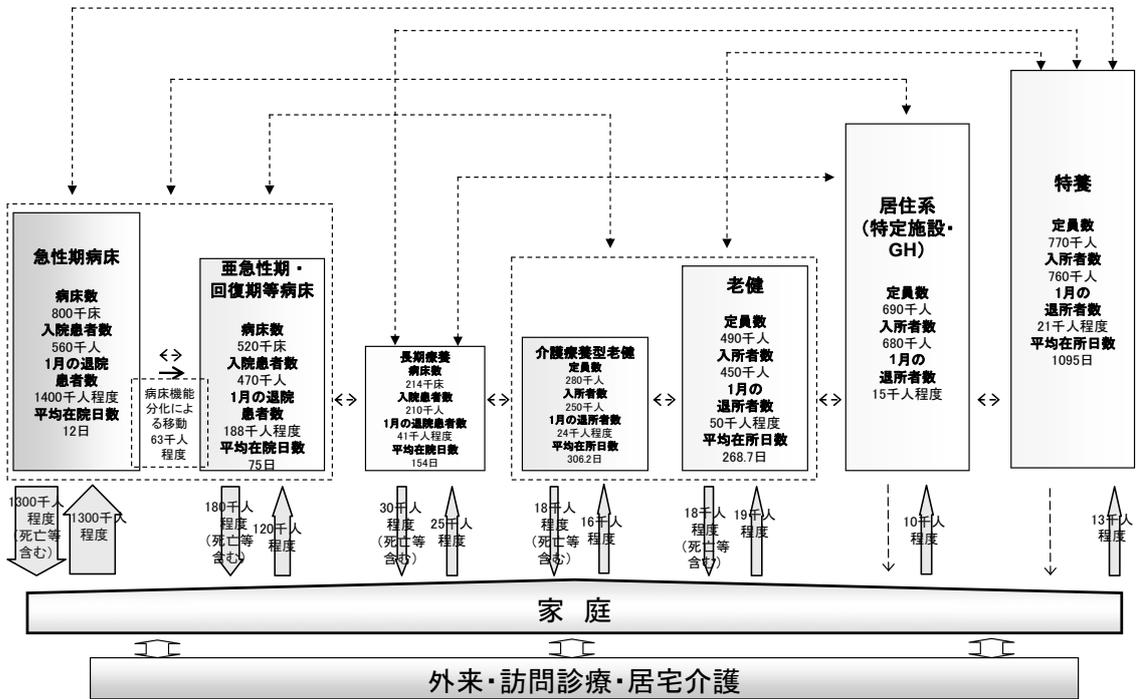
現状投影シナリオ(Aシナリオ)

25



※ 2007年における数値を入院・入所者数等の変化に応じて変化させて設定。なお、平均在院・在所日数は変わらないものと仮定。

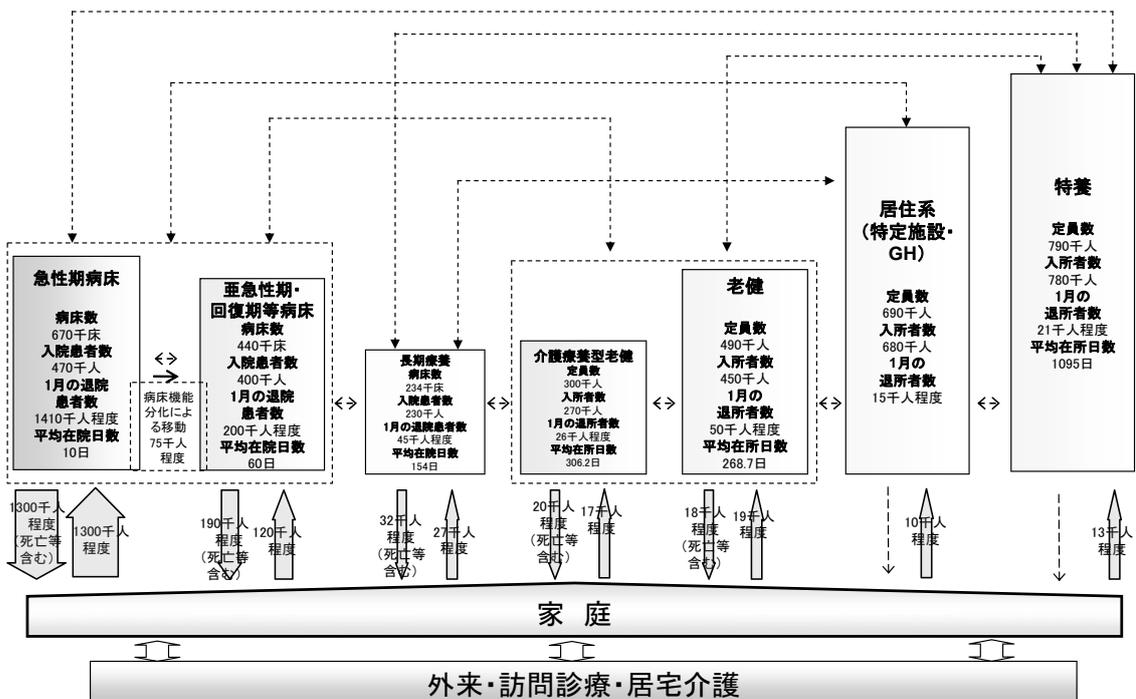
改革シナリオ(B1シナリオ)



※ 2007年における数値を、入院・入所者数等の変化に応じて変化させ、さらに、改革シナリオに基づき平均在院日数等を変化させて設定。なお、特養については、入所時の要介護度上昇により平均在所日数が短くなり(3.74年程度→3年程度)その分入退所者数が増加すること、及び、老健等他の施設の機能強化に伴う家庭からの入所増加(退所者対比で6~7割程度)を仮定。また、居住系は、現行特養なみの平均居住期間を仮定し、(特養と同様)退所者対比で6~7割程度が家庭からの入居であるものと仮定。

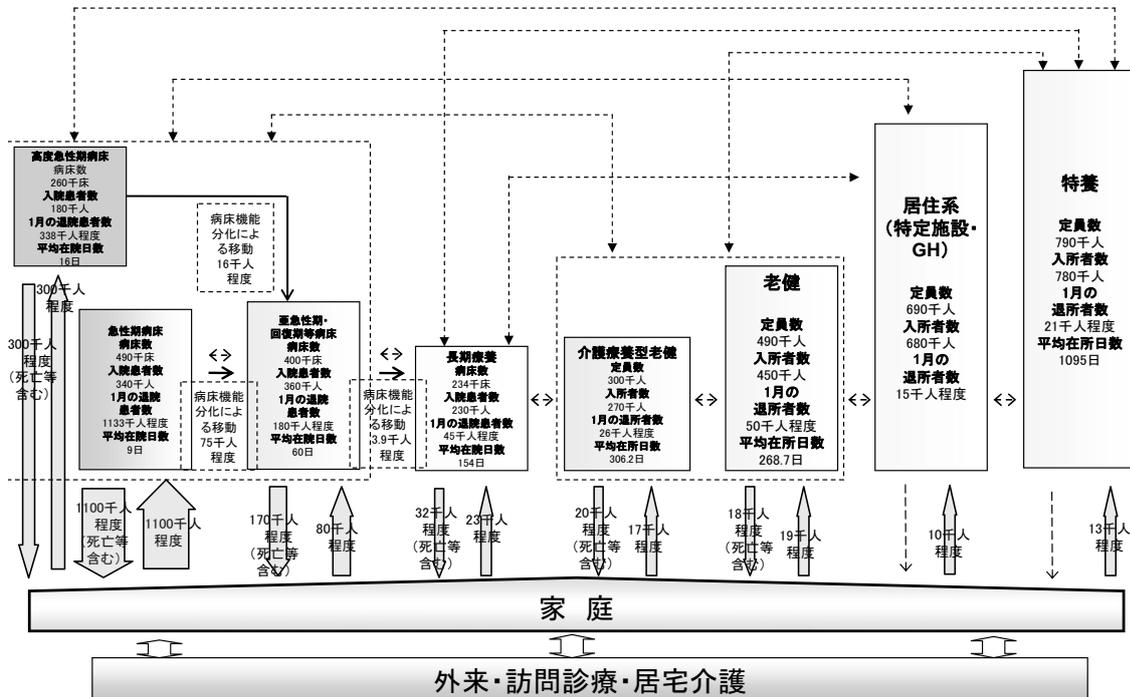
政策解説資料

改革シナリオ(B2シナリオ)



※ 2007年における数値を、入院・入所者数等の変化に応じて変化させ、さらに、改革シナリオに基づき平均在院日数等を変化させて設定。なお、特養については、入所時の要介護度上昇により平均在所日数が短くなり(3.74年程度→3年程度)その分入退所者数が増加すること、及び、老健等他の施設の機能強化に伴う家庭からの入所増加(退所者対比で6~7割程度)を仮定。また、居住系は、現行特養なみの平均居住期間を仮定し、(特養と同様)退所者対比で6~7割程度が家庭からの入居であるものと仮定。

改革シナリオ(B3シナリオ)



※ 2007年における数値を、入院・入所者数等の変化に応じて変化させ、さらに、改革シナリオに基づき平均在院日数等を変化させて設定。なお、特養については、入所時の要介護度上昇により平均在所日数が短くなり(3.74年程度→3年程度)その分入退所者数が増加すること、及び、老健等他の施設の機能強化に伴う家庭からの入所増加(退所者対比で6~7割程度)を仮定。また、居住系は、現行特養なみの平均居住期間を仮定し、(特養と同様)退所者対比で6~7割程度が家庭からの入居であるものと仮定。

(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、病床については病床当たりの職員配置を基本的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)	▲0.7万人程度	▲2.8万人程度	▲2.4万人程度
	配置増(病院)	+1.7万人程度	+5.8万人程度	+6.1万人程度
	役割分担(病院・急性期等)	▲1.5万人程度	▲3.5万人程度	▲3.6万人程度
	専門外来としての位置づけ(病院)	▲2.5万人程度	▲2.5万人程度	▲2.5万人程度
	外来患者増(診療所)	+2.0万人程度	+2.0万人程度	+2.0万人程度
	在宅看取りケア体制強化	—	+0.2万人程度	+0.2万人程度
看護職員	介護サービスの増(専任のみ)	+0.0万人程度	+0.1万人程度	+0.1万人程度
	病床減(病院)	▲4.6万人程度	▲14.9万人程度	▲12.9万人程度
	配置増(病院)	+10.7万人程度	+33.8万人程度	+35.0万人程度
	役割分担(病院・急性期等)	±0万人程度	±0万人程度	±0万人程度
	専門外来としての位置づけ(病院)	▲6.5万人程度	▲6.5万人程度	▲6.5万人程度
	外来患者増(診療所)	+5.6万人程度	+5.8万人程度	+5.8万人程度
介護職員	在宅看取りケア体制強化	—	+1.0万人程度	+1.0万人程度
	介護サービスの増(専任のみ)	+5.0万人程度	+6.0万人程度	+6.0万人程度
	施設割合の低下・居住系の整備	▲2.0万人程度	▲2.0万人程度	▲2.0万人程度
	在宅の単価引き上げ	+66.9万人程度	+66.9万人程度	+66.9万人程度
	医療からの移行分	+6.5万人程度	+12.8万人程度	+12.8万人程度
	施設のユニット化	+6.0万人程度	+6.1万人程度	+6.1万人程度
	非正社員訪問介護員の勤務改善	▲39.1万人程度	▲40.3万人程度	▲40.3万人程度

政策解説資料

**(4) 医療・介護サービスごとの単価のシミュレーション**

※各単価は静態価格(2007年価格)である

	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】 約110万円/月	【一般病床】 約110万円/月	約170万円/月	約200万円/月	高度 約230万円/月 一般: 約180万円/月
亜急性期・回復期等			約105万円/月	約111万円/月	約111万円/月
長期療養(医療療養)	約50万円/月	約50万円/月	約56万円/月	約56万円/月	約56万円/月
介護施設 特養 老健	約29万円/月	約29万円/月	約31万円/月	約31万円/月	約31万円/月
	約29万円/月	約30万円/月	約31万円/月	約31万円/月	約31万円/月
居住系 特定施設 グループホーム	約18万円/月	約18万円/月	約18万円/月	約18万円/月	約18万円/月
	約27万円/月	約27万円/月	約27万円/月	約27万円/月	約27万円/月
在宅介護	約10万円/月	約10万円/月	約16万円/月	約16万円/月	約16万円/月
外来・在宅医療 外来等 訪問診療対象者等	約0.8~1.5万円/日	約0.8~1.5万円/日	約0.9~1.5万円/日	約0.9~1.5万円/日	約0.9~1.5万円/日
	約20万円/月	約20万円/月	約20万円/月	約20万円/月	約20万円/月

(注1) 介護の単価は、実際には要介護度別の単価であるが、ここでは加重平均値を表示している。また、2025年の老健については、介護療養型老健を含む。なお、2007年の介護療養病床については、約41万円/月である。

(注2) 外来等の単価(診療所と病院とで差があるため幅をもって表示している)は受診1日あたりの費用額(薬局調剤医療費等を含む)であり、訪問診療対象者等については1人1月あたりの費用額である。なお、入院外の1件当たり日数は、病院で1.6日程度、診療所で1.9日程度(厚生労働省「平成19年社会医療診療行為別調査」)であり、ある医療機関を外来受診した患者は、平均的には、当該医療機関を月1.6~1.9回程度受診しているものと考えられる。

(5) 医療・介護サービス費用のシミュレーション

32

総括表

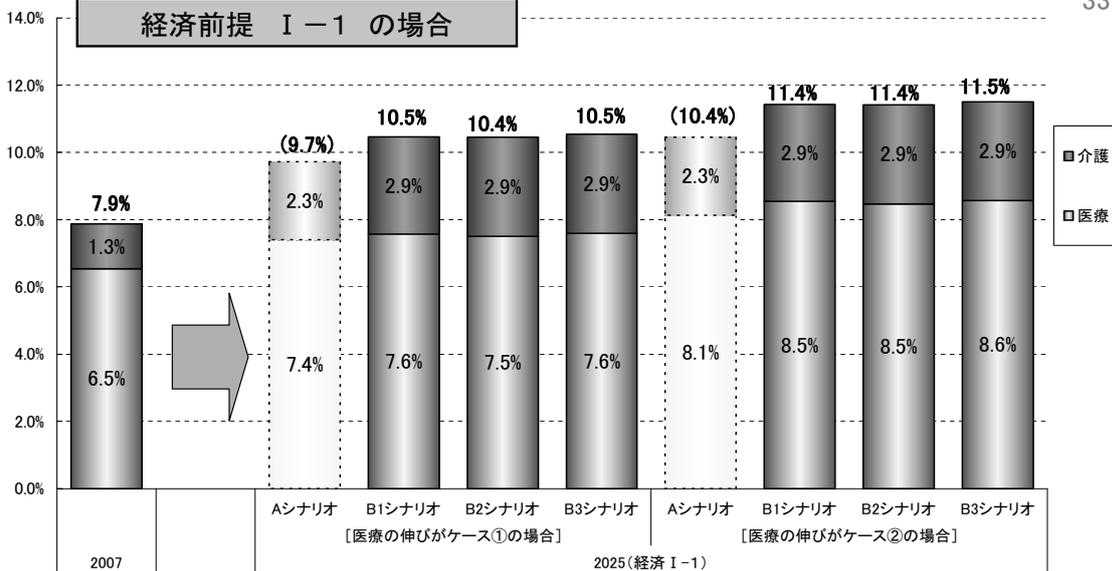
(経済前提Ⅱ-1の場合)

	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
医療+介護 対GDP比 対NI比 名目額	7.9 %程度 10.7 %程度 41 兆円程度	10.8~10.9%程度 14.7~14.8%程度 85兆円程度	11.6~11.9%程度 15.8~16.2%程度 91~93兆円程度	11.6~11.9%程度 15.7~16.1%程度 91~93兆円程度	11.7~12.0%程度 15.9~16.3%程度 92~94兆円程度
医療 対GDP比 対NI比 名目額	6.5 %程度 8.9 %程度 34 兆円程度	8.4~8.5%程度 11.5%程度 66~67兆円程度	8.6~8.9%程度 11.7~12.1%程度 68~70兆円程度	8.5~8.8%程度 11.6~12.0%程度 67~69兆円程度	8.6~8.9%程度 11.8~12.2%程度 68~70兆円程度
介護 対GDP比 対NI比 名目額	1.3 %程度 1.8 %程度 7 兆円程度	2.4 %程度 3.2 %程度 19 兆円程度	3.0 %程度 4.0 %程度 23 兆円程度	3.0 %程度 4.1 %程度 24 兆円程度	3.0 %程度 4.1 %程度 24 兆円程度

(注1)年度ベースの数値である。  
 (注2)「~」の左は、医療費の伸び率として要素の積み上げを用いた場合(ケース①)であり、右は賃金と物価の平均に1%を加えたものを用いた場合(ケース②)である。  
 (注3)GDP及びNIは、2007年:GDP=522兆円, NI=383兆円、2025年(経済前提Ⅱ-1の場合):GDP=787兆円, NI=578兆円である。

経済前提Ⅰ-1の場合

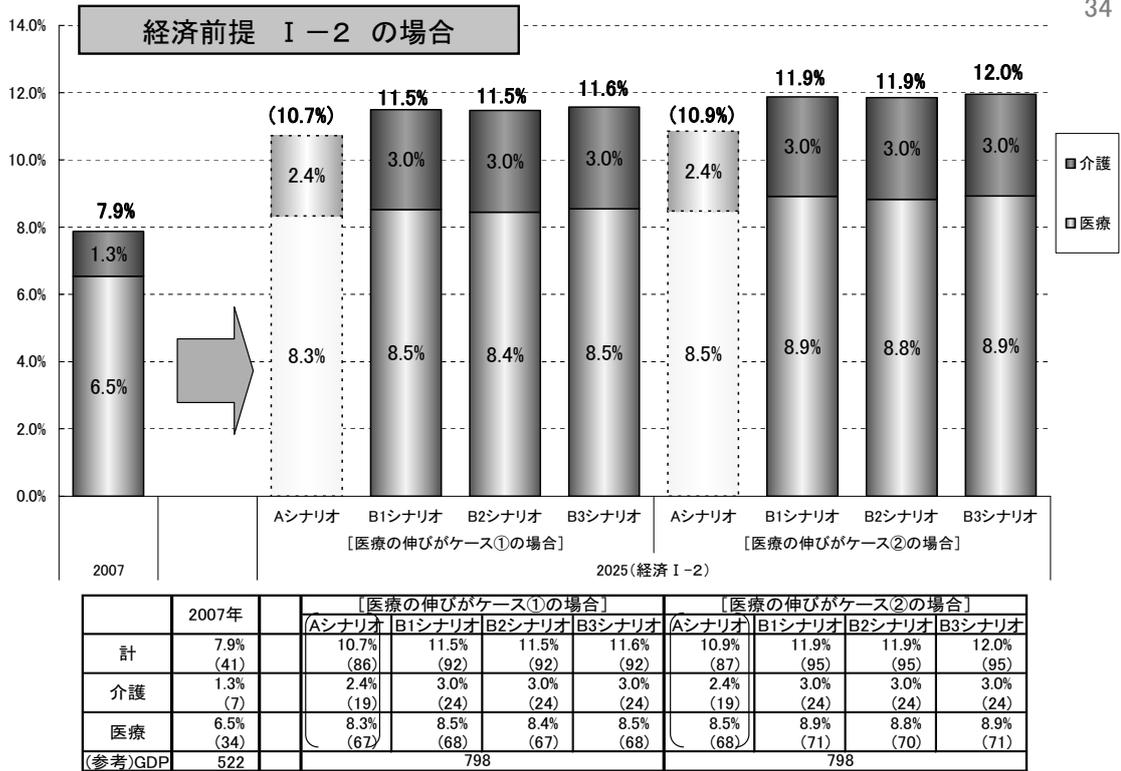
33



	2007年	【医療の伸びがケース①の場合】				【医療の伸びがケース②の場合】			
		(Aシナリオ)	B1シナリオ	B2シナリオ	B3シナリオ	(Aシナリオ)	B1シナリオ	B2シナリオ	B3シナリオ
計	7.9 (41)	9.7 (90)	10.5 (97)	10.4 (97)	10.5 (98)	10.4 (97)	11.4 (106)	11.4 (106)	11.5 (107)
介護	1.3 (7)	2.3 (21)	2.9 (27)	2.9 (27)	2.9 (27)	2.3 (21)	2.9 (27)	2.9 (27)	2.9 (27)
医療	6.5 (34)	7.4 (69)	7.6 (70)	7.5 (70)	7.6 (70)	8.1 (75)	8.5 (79)	8.5 (79)	8.6 (79)
(参考)GDP	522	927				927			

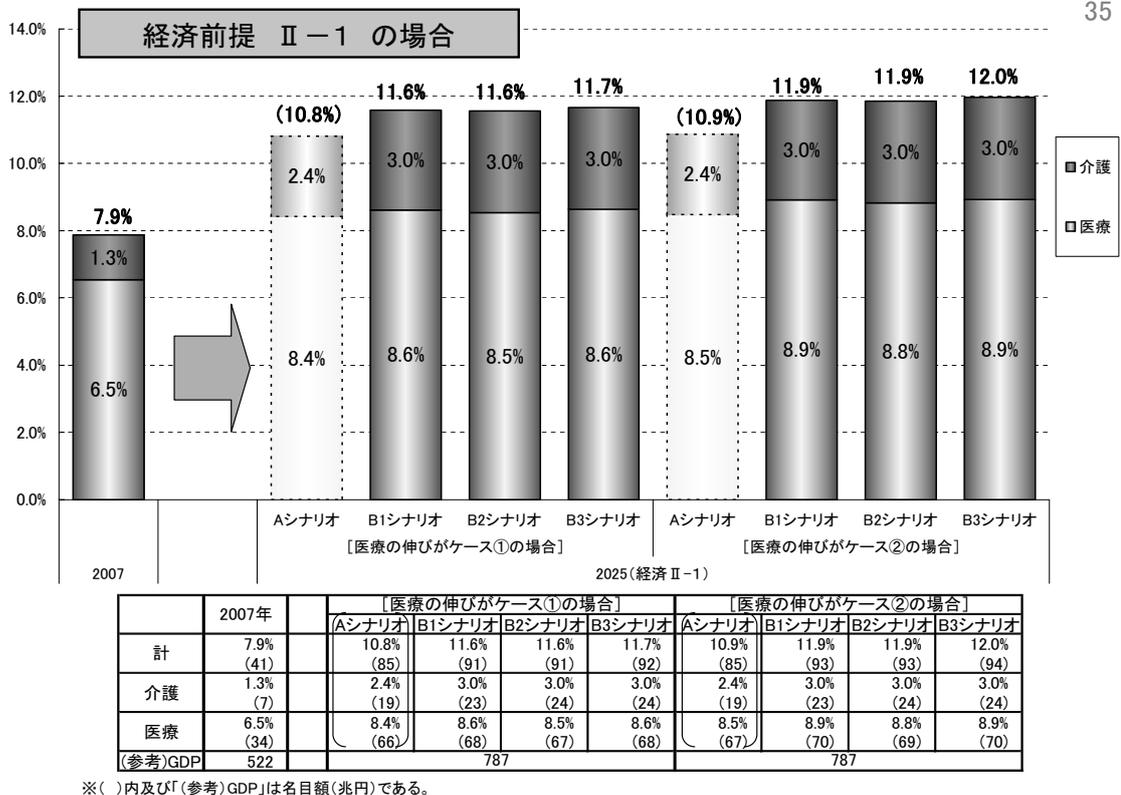
※( )内及び「(参考)GDP」は名目額(兆円)である。

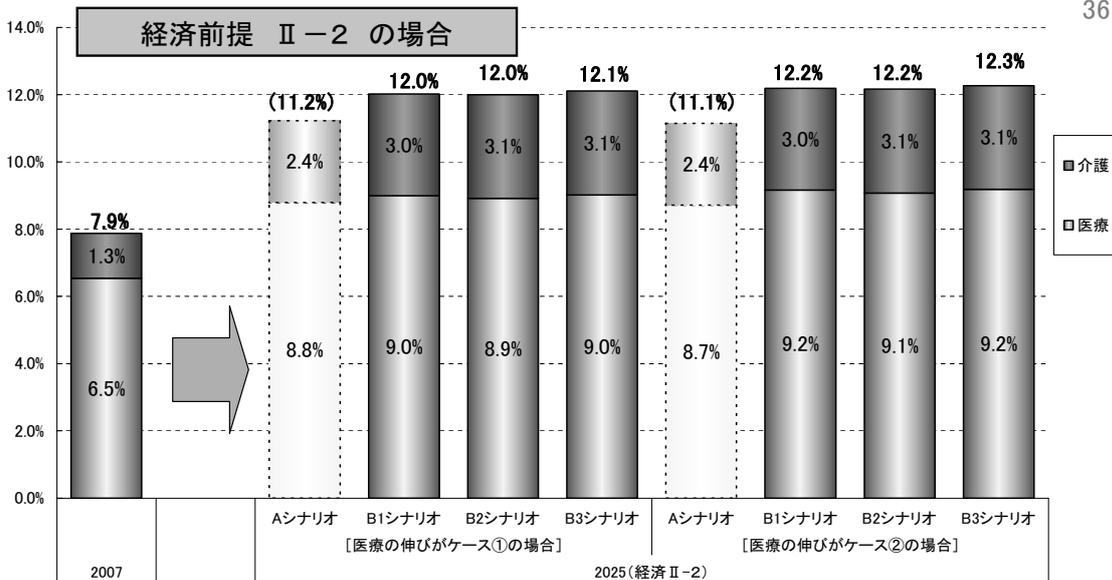
34



政策解説資料

35





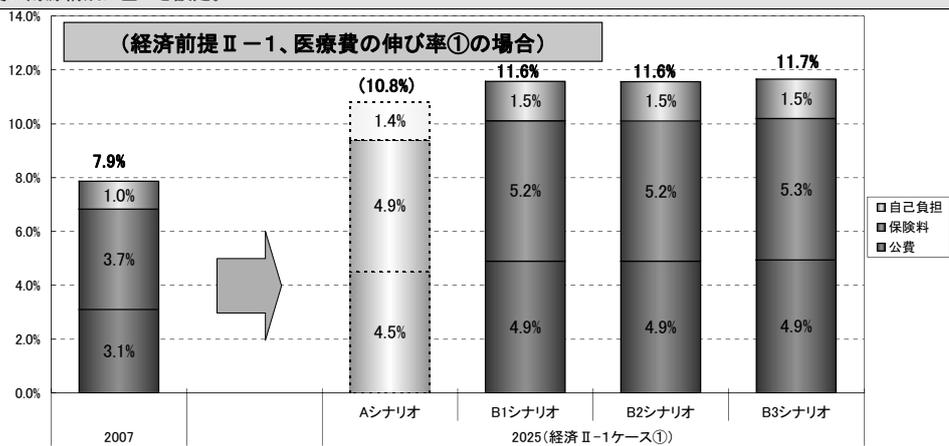
	2007年	医療の伸びがケース①の場合				医療の伸びがケース②の場合			
		Aシナリオ	B1シナリオ	B2シナリオ	B3シナリオ	Aシナリオ	B1シナリオ	B2シナリオ	B3シナリオ
計	7.9% (41)	11.2% (84)	12.0% (90)	12.0% (89)	12.1% (90)	11.1% (83)	12.2% (91)	12.2% (91)	12.3% (91)
介護	1.3% (7)	2.4% (18)	3.0% (23)	3.1% (23)	3.1% (23)	2.4% (18)	3.0% (23)	3.1% (23)	3.1% (23)
医療	6.5% (34)	8.8% (66)	9.0% (67)	8.9% (66)	9.0% (67)	8.7% (65)	9.2% (68)	9.1% (68)	9.2% (68)
(参考)GDP	522	745				745			

※( )内及び「(参考)GDP」は名目額(兆円)である。

### (附) 財源構造についての粗いシミュレーション

○ 医療・介護費用の財源構造は、医療保険制度等の制度によって異なるため、制度加入の前提となる産業構造や就業構造の見通しなどが必要となるが、ここでは、次のような一定の仮定をおいて粗いシミュレーションを行った。

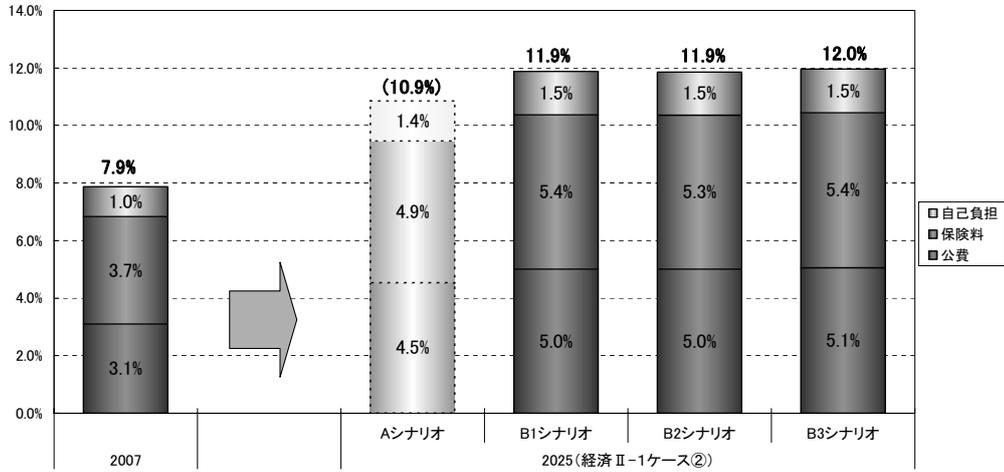
- ・ 自己負担割合については、「国民医療費」「介護保険事業年報」(厚生労働省)等により、医療14%程度、介護7%程度と仮定。
- ・ 給付費の保険料と公費の割合については、「社会保障の給付と負担の見通し(平成18年5月推計)」(厚生労働省)における給付費の財源構成に基づき設定。



	2007	2025				追加的に必要となる財源(GDP比) (「」内は消費税率換算)			
		Aシナリオ	B1シナリオ	B2シナリオ	B3シナリオ	Aシナリオ	B1シナリオ	B2シナリオ	B3シナリオ
自己負担	1.0% (5)	1.4% (11)	1.5% (12)	1.5% (11)	1.5% (12)	-	-	-	-
保険料	3.7% (19)	4.9% (39)	5.2% (41)	5.2% (41)	5.3% (41)	1.2% (9)	1.5% (12)	1.5% (12)	1.5% (12)
公費	3.1% (16)	4.5% (36)	4.9% (39)	4.9% (39)	4.9% (39)	[2%程度] (11)	[3%程度] (14)	[3%程度] (14)	[3%程度] (14)
(参考)GDP	522	787				787			

※( )内及び「(参考)GDP」は名目額(兆円)である。また、「追加的に必要となる財源(GDP比)」は2007年と2025年のGDP比の差を計上している。

(経済前提Ⅱ-1、医療費の伸び率②の場合)



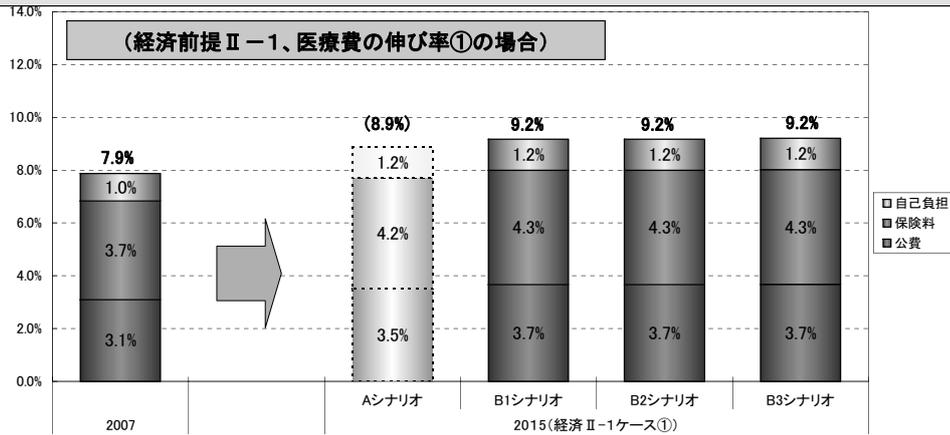
	2007	2025				追加的に必要となる財源 (GDP比) ( [ ]内は消費税率換算)			
		(Aシナリオ)	(B1シナリオ)	(B2シナリオ)	(B3シナリオ)	(Aシナリオ)	(B1シナリオ)	(B2シナリオ)	(B3シナリオ)
自己負担	1.0% (5)	1.4% (11)	1.5% (12)	1.5% (12)	1.5% (12)	-	-	-	-
保険料	3.7% (19)	4.9% (39)	5.4% (42)	5.3% (42)	5.4% (42)	1.2% (9) [2%程度]	1.6% (13) [3%程度]	1.6% (13) [3%程度]	1.7% (13) [3%程度]
公費	3.1% (16)	4.5% (36)	5.0% (39)	5.0% (39)	5.1% (40)	1.4% (11) [3%程度]	1.9% (15) [4%程度]	1.9% (15) [4%程度]	2.0% (15) [4%程度]
(参考)GDP	522	787				787			

※( )内及び「(参考)GDP」は名目額(兆円)である。また、「追加的に必要となる財源(GDP比)」は2007年と2025年のGDP比の差を計上している。

政策解説資料

(附) 途中年次(2015年)の財源構造についての粗いシミュレーション

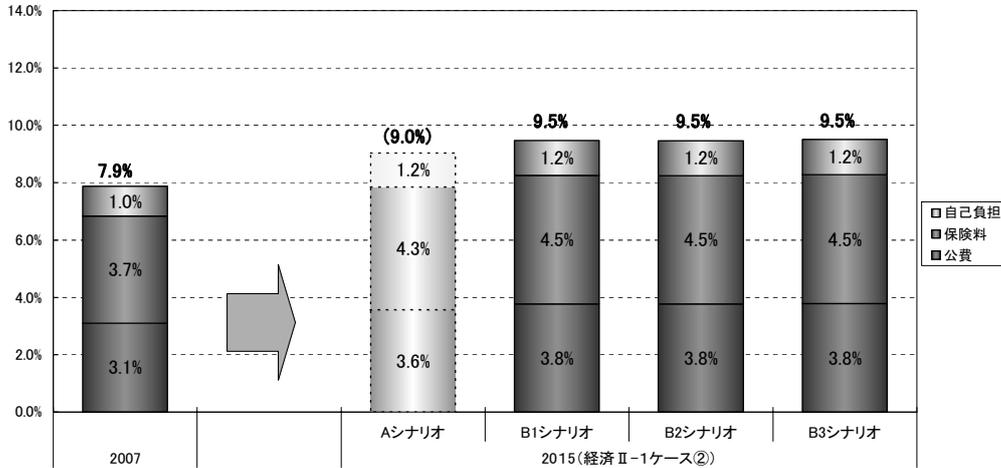
○ サービス提供体制の改革には、病床・施設、マンパワーなど様々な基盤の整備が必要であり、一定程度の時間を要するが、ここでは、次のような一定の仮定をおいて粗いシミュレーションを行った。  
 ・ 費用については、2007年と2025年とを機械的に補完して設定し、自己負担割合は医療14%程度、介護7%程度と仮定。  
 ・ 給付費の保険料と公費の割合については、「社会保障の給付と負担の見通し(平成18年5月推計)」(厚生労働省)における給付費の財源構成に基づき設定。



	2007	2015				追加的に必要となる財源 (GDP比) ( [ ]内は消費税率換算)			
		(Aシナリオ)	(B1シナリオ)	(B2シナリオ)	(B3シナリオ)	(Aシナリオ)	(B1シナリオ)	(B2シナリオ)	(B3シナリオ)
自己負担	1.0% (5)	1.2% (7)	1.2% (8)	1.2% (8)	1.2% (8)	-	-	-	-
保険料	3.7% (19)	4.2% (27)	4.3% (28)	4.3% (28)	4.3% (28)	0.5% (3) [1%程度]	0.6% (4) [1%程度]	0.6% (4) [1%程度]	0.6% (4) [1%程度]
公費	3.1% (16)	3.5% (23)	3.7% (24)	3.7% (24)	3.7% (24)	0.4% (3) [1%程度]	0.6% (4) [1%程度]	0.6% (4) [1%程度]	0.6% (4) [1%程度]
(参考)GDP	522	646				646			

※( )内及び「(参考)GDP」は名目額(兆円)である。また、「追加的に必要となる財源(GDP比)」は2007年と2015年のGDP比の差を計上している。

(経済前提Ⅱ-1、医療費の伸び率②の場合)

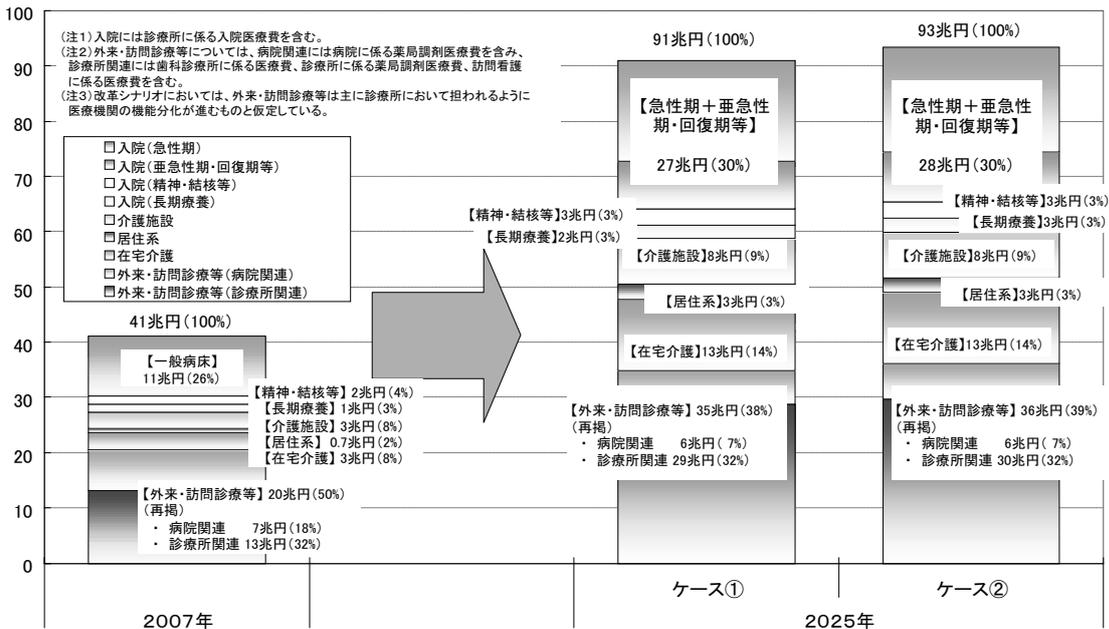


	2007	2015				追加的に必要となる財源 (GDP比) ([ ]内は消費税率換算)			
		Aシナリオ	B1シナリオ	B2シナリオ	B3シナリオ	Aシナリオ	B1シナリオ	B2シナリオ	B3シナリオ
自己負担	1.0% (5)	1.2% (8)	1.2% (8)	1.2% (8)	1.2% (8)	-	-	-	-
保険料	3.7% (19)	4.3% (28)	4.5% (29)	4.5% (29)	4.5% (29)	0.6% (4) [1%程度]	0.7% (5) [1%程度]	0.7% (5) [1%程度]	0.8% (5) [2%程度]
公費	3.1% (16)	3.6% (23)	3.8% (24)	3.8% (24)	3.8% (24)	0.5% (3) [1%程度]	0.7% (4) [1%程度]	0.7% (4) [1%程度]	0.7% (4) [1%程度]
(参考) GDP	522	646				646			

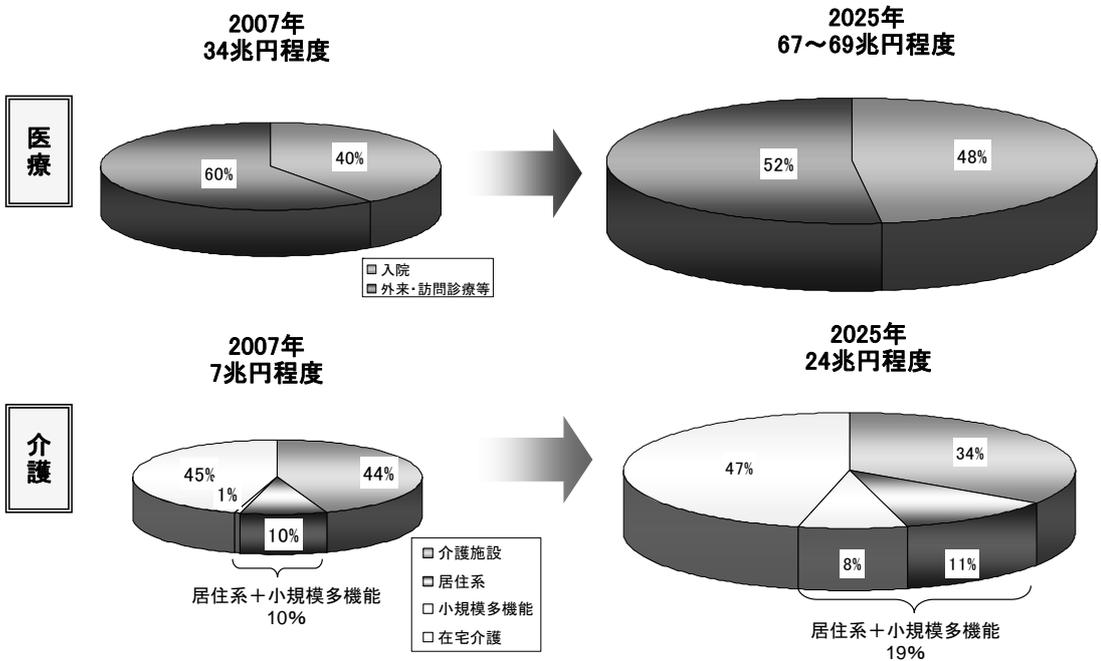
※( )内及び「(参考)GDP」は名目額(兆円)である。また、「追加的に必要となる財源(GDP比)」は2007年と2015年のGDP比の差を計上している。

(参考) 医療・介護費用にみるサービス構造の変化  
(B2シナリオ、経済前提Ⅱ-1の場合)

(兆円)



医療・介護費用別サービスの内訳の変化(B2シナリオ、経済前提Ⅱ-1の場合)



政策解説資料

## Ⅱ オプションシミュレーション

### (1) 医療・介護予防がシミュレーションB(改革シナリオ)に織り込んだ水準よりもさらに進んだ場合のシミュレーション

44

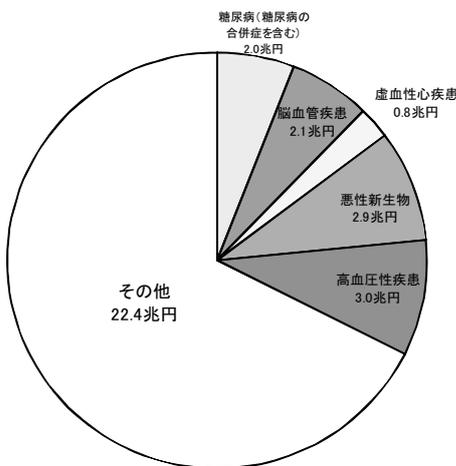
- 改革シナリオ(B1、B2、B3)においては、
  - ・ 医療については、生活習慣病対策の推進として、2015年までにメタボリックシンドロームの該当者及びその予備軍を25%減少させるという目標を踏まえ、改革シナリオ(B1、B2、B3)における2025年の外来患者数及び外来医療費の(Aシナリオからの)5%程度減少を織り込み。  
 (注)主に外来医療費から効果が現れ始めるものと仮定して、外来医療費に占める糖尿病、高血圧性疾患、虚血性心疾患、脳血管疾患の割合が、概ね2~3割程度であることから、2025年の外来の患者数及び医療費が5%程度(2割程度×25%程度)減少するものと仮定。  
 (控えめな仮定となっている可能性がある。)
  - ・ 介護については、2006年度に介護予防が強化された後の2007年度における、性・年齢階級別の要介護認定者等の発生状況を元に将来の要介護認定者数等を計算しており、(現状投影シナリオ(Aシナリオ)においても、)改革シナリオ(B1、B2、B3)においても、制度改正の影響を一定程度反映。
- ただし、生活習慣病予防が進めば、入院も含めてさらに医療費への効果が現れる可能性、介護が必要となるリスクの軽減にも資する可能性があり、また、介護予防が進めば介護が必要となるリスクの軽減、重度化防止に効果がある可能性がある。
- 入院医療に2.5%程度の(適正化)効果が生じ、外来医療に追加的に1%程度、介護に3%程度の効果が生じた場合を仮定すると、医療・介護をあわせて、改革シナリオ(B1、B2、B3)に対して2%程度の効果。  
 (注1)入院医療：仮に、入院医療費の2割程度が効果の対象と仮定し、さらに実際の効果はその半分程度と仮定すると、2割×25%/2=2.5%程度。  
 (注2)外来医療：仮に、外来医療費の25%程度が効果の対象と仮定すると、25%×25%=6.25%であり、これから、改革シナリオ(B1、B2、B3)で見込んだ部分との重複を差し引くと、追加的効果は概ね1%程度。(6.25%-5%)/0.95。  
 (注3)介護予防の効果としては、新予防給付の導入前後で、軽度から中重度へと要介護状態が重度化する割合が、3~4%ポイント程度減少したとの調査研究を勘案して、介護費用全体に対して3%程度の効果を仮定。  
 (注4)入院、外来、介護の比率を概ね3/8、3/8、1/4と仮定すると、2.5%×3/8+1%×3/8+3%×1/4=2%程度。  
 ⇒ B2シナリオ、経済前提Ⅱ-1の場合  
 医療・介護費用の対GDP比11.6~11.9%程度に対して、△0.2~△0.3%ポイント程度の影響

### 参考データ

45

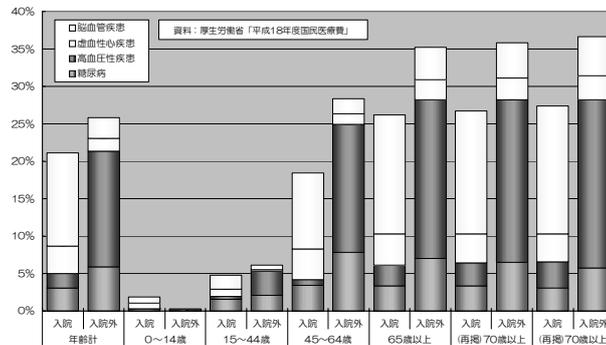
#### ◆国民医療費全体に占める生活習慣病関連医療費◆

国民医療費(平成17年度) ... 33.1兆円  
うち生活習慣病関連 ... 10.7兆円(約3割)

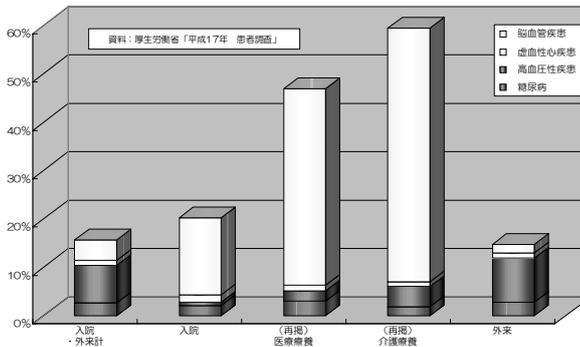


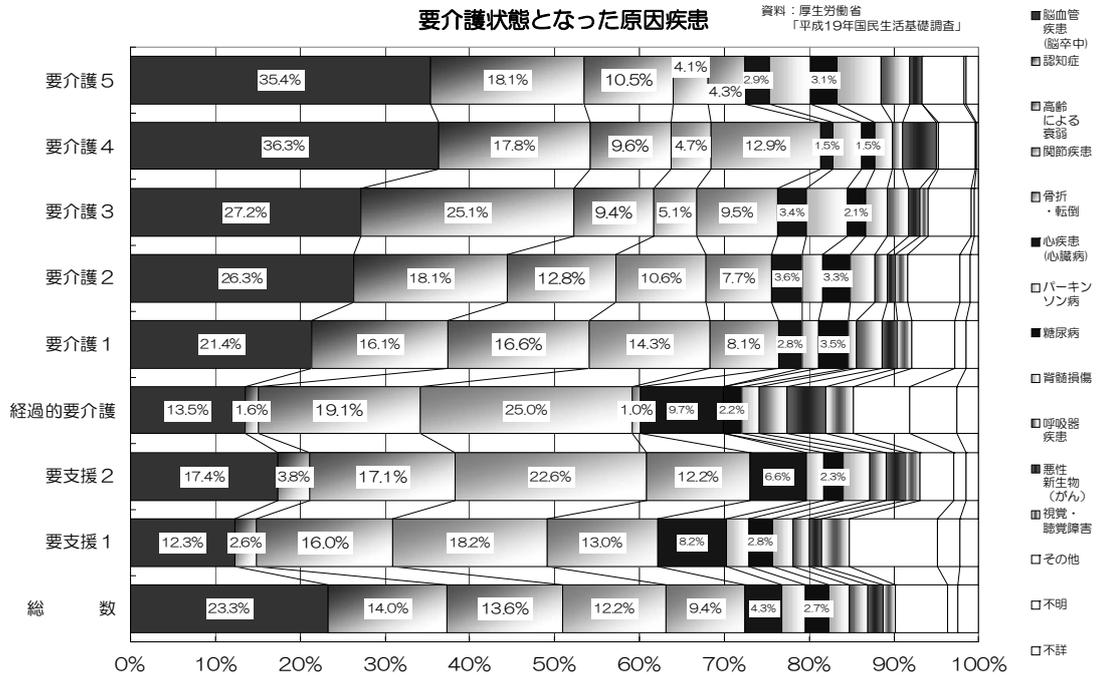
(出所)医療費適正化計画関係資料(厚生労働省)  
※ 国民医療費等から推計したもの

一般診療医療費に占める、糖尿病、高血圧性疾患、虚血性心疾患、脳血管疾患の割合(平成18年度)



入院・外来患者に占める糖尿病、高血圧性疾患、虚血性心疾患、脳血管疾患の割合(平成17年)

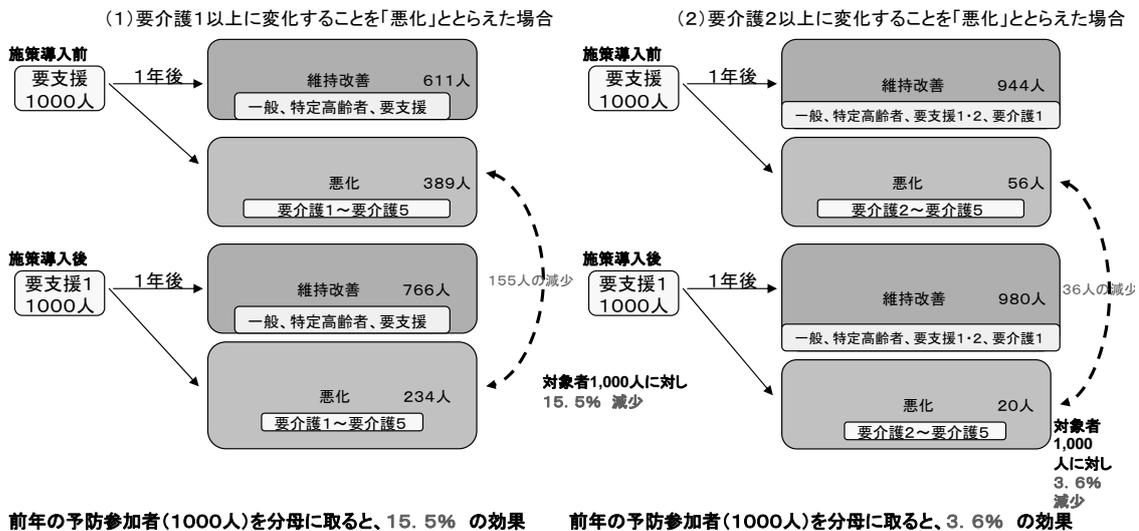




政策解説資料

- 要支援1(施策導入前は要支援)の者の1年後の要介護度の変化をみた調査によると、
  - (1) 要介護1以上に変化することを「悪化」ととらえた場合には、新予防給付の導入前後で「悪化」割合が15.5%減少
  - (2) 要介護2以上に変化することを「悪化」ととらえた場合には、新予防給付の導入前後で「悪化」割合が3.6%減少
- これは、新予防給付による要介護度の悪化防止効果のみをみたものであるが、このシミュレーションでは、上記(2)の数値を引用して、2025年における要介護者数全体の抑制効果について(現状の発生率で計算したものから)△3%程度と仮定

#### 要支援1の者(施策導入前は要支援者)の1年後の要介護度の変化についての調査



前年の予防参加者(1000人)を分母にとると、15.5% の効果

前年の予防参加者(1000人)を分母にとると、3.6% の効果

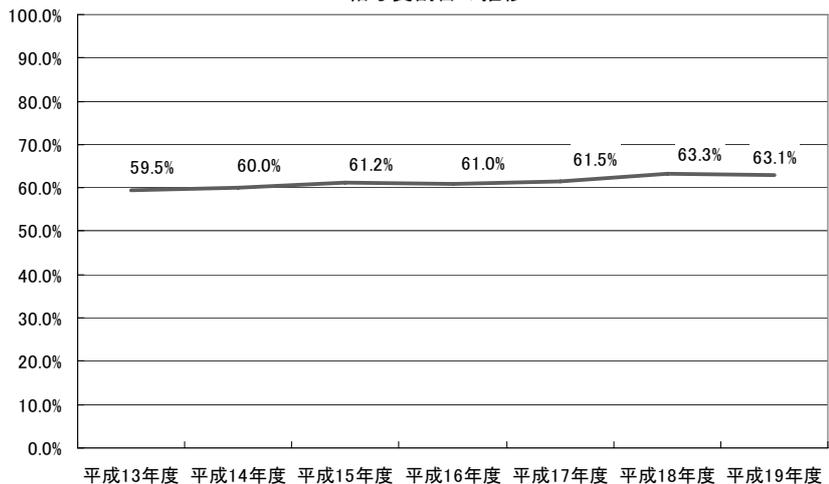
出典：第4回介護予防継続的評価分析等検討会資料より

**(2) 介護職員の人件費水準を一律に引き上げた場合のシミュレーション**

48

- 介護に係る人件費水準を一律に1割程度引き上げるとした場合、
  - ・ 介護費用に対する給与費（概ね65%程度）が1割程度上昇
  - ・ 医療・介護費用に占める介護費用の割合、1/4程度と仮定し、さらに、他の費用等には影響しないものと仮定すれば、医療・介護費用に及ぼす影響は、概ね1.6%程度（増加要因）。
- B2シナリオ、経済前提Ⅱ-1の場合、医療・介護費用の対GDP比11.6～11.9%程度に対して、+0.2%ポイント程度の影響。

給与費割合の推移



※給与費割合（事業者の収入に対する給与費の割合）を、介護事業経営実態調査、介護給付費実態調査より推計。