

表1 年齢階級別に見た受療率 (人口10万対)

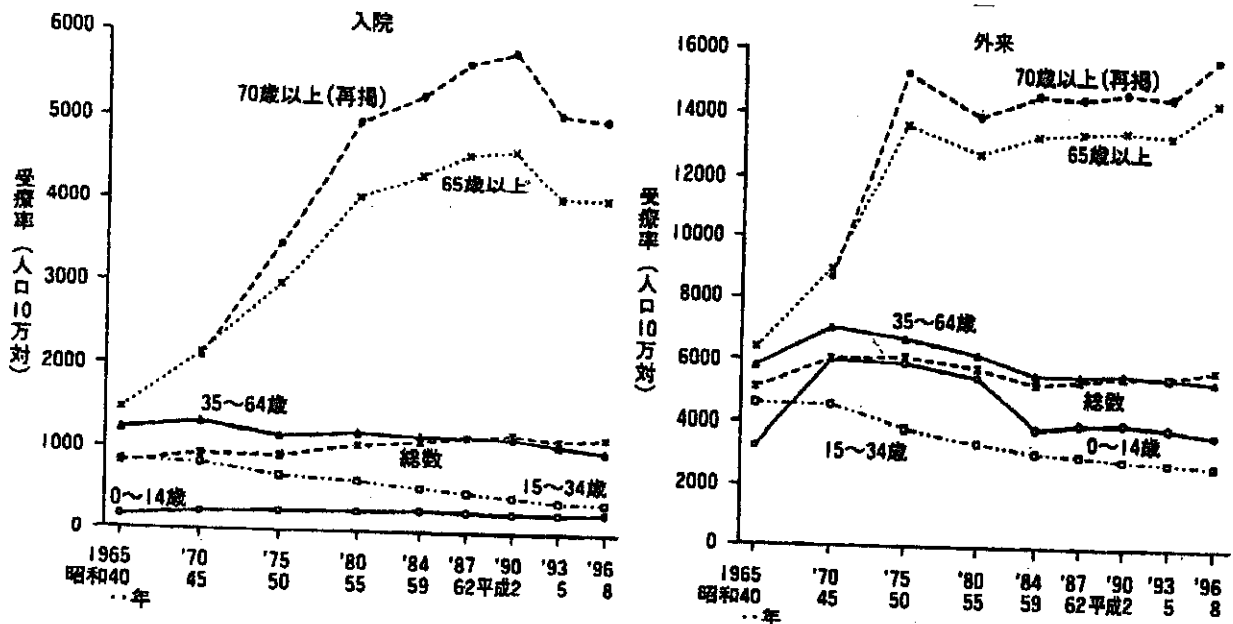
年齢階級	平成8年10月					
	入院 (Inpatients)			外来 (Outpatients)		
	総数 (Total)	男 (Males)	女 (Females)	総数 (Total)	男 (Males)	女 (Females)
総数 (Total)	1 176 (1 146)	1 133 (1 129)	1 218 (1 162)	5 824 (5 589)	5 080 (4 904)	6 539 (6 249)
0 歳	1 513	1 527	1 498	5 872	6 261	5 462
1 ~ 4	218	249	186	5 706	5 939	5 462
5 ~ 9	160	186	134	3 834	4 019	3 640
10 ~ 14	146	160	130	2 150	2 244	2 052
15 ~ 19	196	219	171	1 916	1 779	2 060
20 ~ 24	309	290	329	2 562	1 951	3 199
25 ~ 34	488	408	570	3 271	2 465	4 099
35 ~ 44	577	659	494	3 533	3 143	3 930
45 ~ 54	935	1 114	757	4 932	4 276	5 585
55 ~ 64	1 567	1 898	1 253	8 110	7 359	8 825
65 ~ 69	2 222	2 636	1 854	11 940	11 153	12 640
70 ~ 74	3 027	3 320	2 810	15 659	14 724	16 349
75 ~ 79	4 400	4 450	4 370	17 073	16 894	17 182
80 ~ 84	6 460	5 868	6 789	16 049	16 464	15 818
85 歳以上	10 098	8 277	10 885	13 785	15 261	13 166
(再掲) (Confirmed)						
65 歳以上	4 058	3 834	4 215	14 509	13 896	14 940
70 歳以上	5 023	4 610	5 279	15 861	15 673	15 977
75 歳以上	6 358	5 645	6 749	15 996	16 440	15 756
90 歳以上	12 249	9 625	13 168	11 589	13 007	11 093

注: 1) 総数には、年齢不詳を含む。
2) ()内の数値は、平成5年の値である。

厚生省大臣官房統計情報部:

平成8年患者調査, 厚生統計協会, p41, 1999.

図1 年齢階級別に見た受療率 (人口10万対) の年次推移



厚生省大臣官房統計情報部: 平成8年患者調査, 厚生統計協会, p42, 1999.

(2) 供給面

医療サービス供給については、さまざまな側面がある。病床数を中心とする病院・有床診療所の施設に関するデータは入院医療サービスの供給に関連している。また、病院の外来や無床診療所は外来医療サービスの供給に関連している。さらに、医療機器のような「資本財」の存在もある。

ここでは、それらの中で、特に看護職員の需要に大きな影響を与えると考えられる病床数及びそれに関連したデータについて検討することにしよう。第Ⅱ章で示したように、現在の看護職員の需要見通しの大宗を決定しているのは、実は病床数（より正確には入院を中心とした患者数）の推移である。現在のような出来高の診療報酬体系の下では、医療機関が看護職員を何人雇用するかは、結局のところどれだけの患者数を扱うかによって基本的に規定されることになる。注2に示したように、直接的な看護料の評価がそうになっているばかりでなく、他の報酬（たとえば、入院時医学管理料など）も基本的には患者1人当たりについて算定されるものとなっている。こうした需要面（患者数）に対応して一定の病床利用率及び平均在院日数を勘案すれば、供給面の指標である病床数の推移をもとに看護職員の需要が推計できるというわけである。

では、実際のわが国の病床数等の状況はどのようになっているのであろうか。表2には、最近のわが国の病床種類別病床数の推移が示されている。これを見ると、病床数は総数でも、また、その大宗を占める一般病床数で見ても、ここ数年にわたって（正確には平成4年をピークに）連続して減少し続けていることがわかる。ひところ言われたような「駆け込み増床」の時代とは明らかに様変わりした状況となっているのである。

これを、もう少し長期的な視野で見たのが、図2である。これを見ると、昭和50年代、60年代の病床増加の時代から、平成に入って、病床数の増加にブレーキがかかり、平坦な高原状態から徐々に減少に転じつつある状況が見てとれる。今や病床数という意味では、医療は右肩上がりの成長の時代を終了し、一種の成熟状態に入っているように見える。

こうした病床数推移の変化の背景としては、いくつかの要因が考えられる。まず第一に、既に述べたような医療需要自体の成熟化ということが考えられる。入院の受療率は高齢者ですらその伸びが頭打ちとなっている。1日平均在院患者数は図3に見られるように、最近横ばいぎみである。一方、平均在院日数は、図4に見られるように、一般病床については、昭和62年以降低下し続けている。このことは、病床利用率を一定とすれば、必要な病床数がそれだけ減るということを意味している（注6）。

第二に、第一とも関連するが、国際的に見ても、わが国の医療供給が全体として量的には相当の水準に到達してきているという事実がある。図5には、日本と他の先進4か国

(注6) しかも病床利用率（一般病床）は実際には、平成8年83.0%と、前年の82.4%からかえって上昇している。

表2 病床の種類別に見た病床数

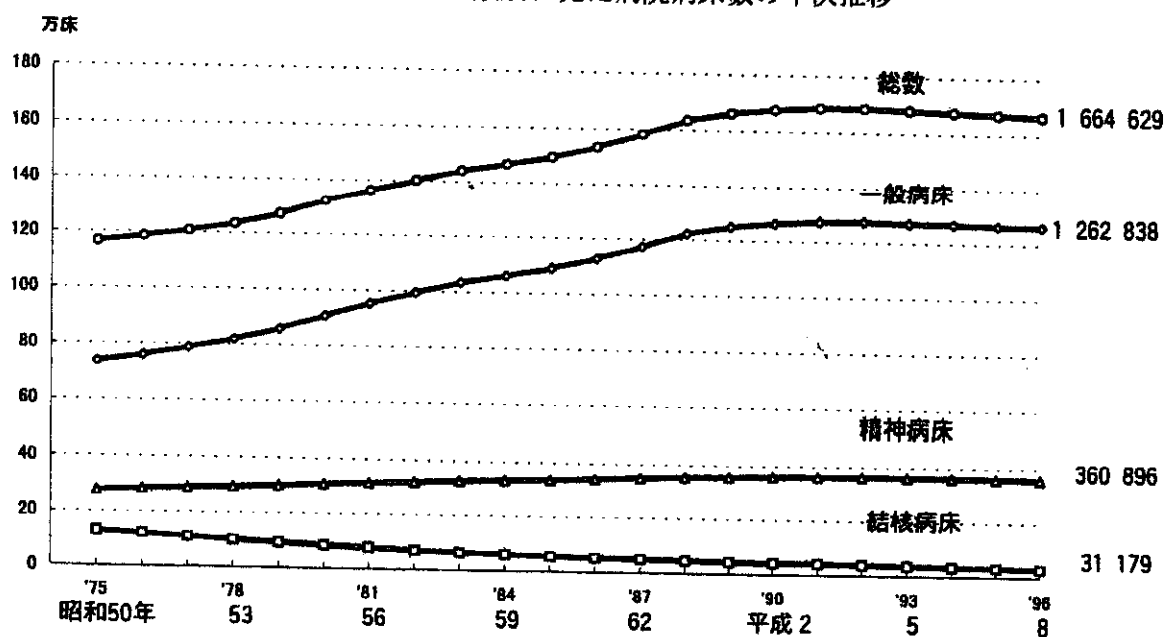
各年10月1日現在

	病 床 数				対平成7年		構成割合 (%)	
	平成5年 ('93)	平成6年 ('94)	平成7年 ('95)	平成8年 ('96)	増減数	増減率 (%)	平成7年 ('95)	平成8年 ('96)
総 数	1 946 255	1 939 538	1 929 397	1 911 595	△ 17 802	△ 0.9		
病 院	1 680 952	1 677 041	1 669 951	1 664 629	△ 5 322	△ 0.3	100.0	100.0
精神病床	362 436	362 847	361 714	360 896	△ 818	△ 0.2	21.7	21.7
精神病院	265 273	265 092	264 638	263 985	△ 653	△ 0.2	15.8	15.9
一般病院	97 163	97 755	97 076	96 911	△ 165	△ 0.2	5.8	5.8
伝染病床	11 061	10 343	9 974	9 716	△ 258	△ 2.6	0.6	0.6
伝染病院	357	297	274	274	0	0	0.0	0.0
一般病院	10 704	10 046	9 700	9 442	△ 258	△ 2.7	0.6	0.6
結核病床	37 043	35 385	33 163	31 179	△ 1 984	△ 6.0	2.0	1.9
結核療養所	921	609	570	502	△ 68	△ 11.9	0.0	0.0
一般病院	36 122	34 776	32 593	30 677	△ 1 916	△ 5.9	2.0	1.8
一般病床	1 270 412	1 268 466	1 265 100	1 262 838	△ 2 262	△ 0.2	75.8	75.9
療養型病床群(再掲)	2 823	10 735	20 758	37 872	17 114	82.4	1.2	2.3
一般病院(再掲)	1 414 401	1 411 043	1 404 469	1 399 868	△ 4 601	△ 0.3	84.1	84.1
老人病床(再掲)	181 734	193 295	11.6
一般診療所	265 083	262 273	259 245	246 779	△ 12 466	△ 4.8		
歯科診療所	220	224	201	187	△ 14	△ 7.0		

注：1 平成5年・6年・7年の「一般病床」に、「らい病床」を含めた。
 2 平成6年・7年の「療養型病床群」は、病院報告の9月末の数値による。

厚生省大臣官房統計情報部：平成8年医療施設調査・病院報告，厚生統計協会，p31，1998。

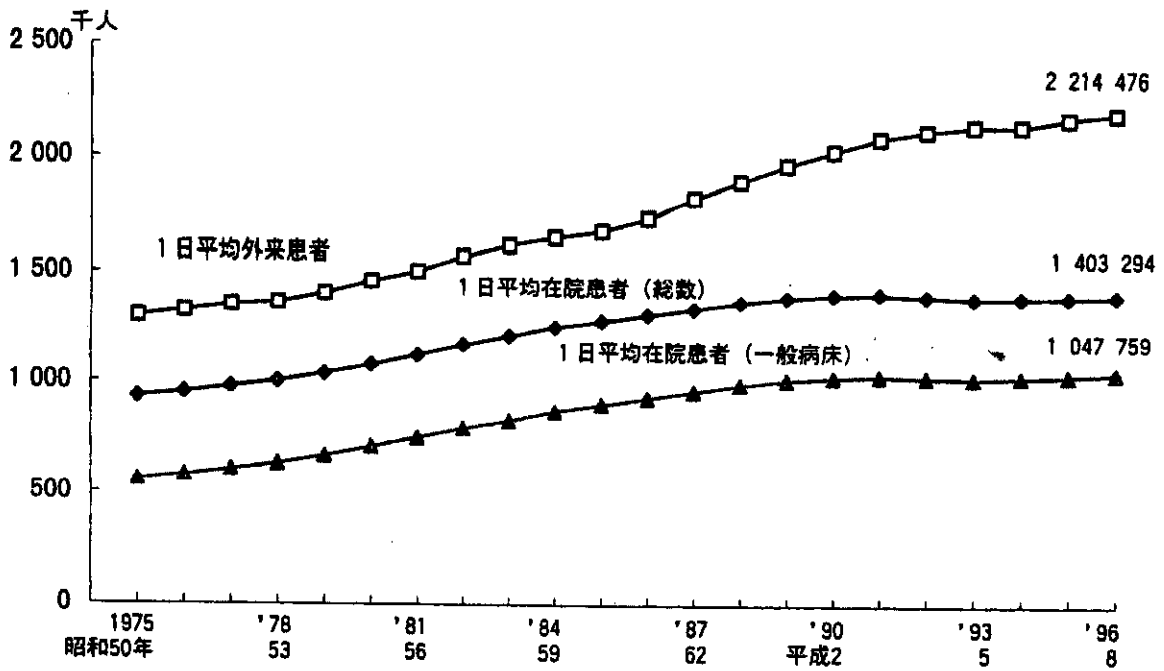
図2 病床の種類別に見た病院病床数の年次推移



注：昭和58年以前は12月31日現在、昭和59年以降は10月1日現在である。

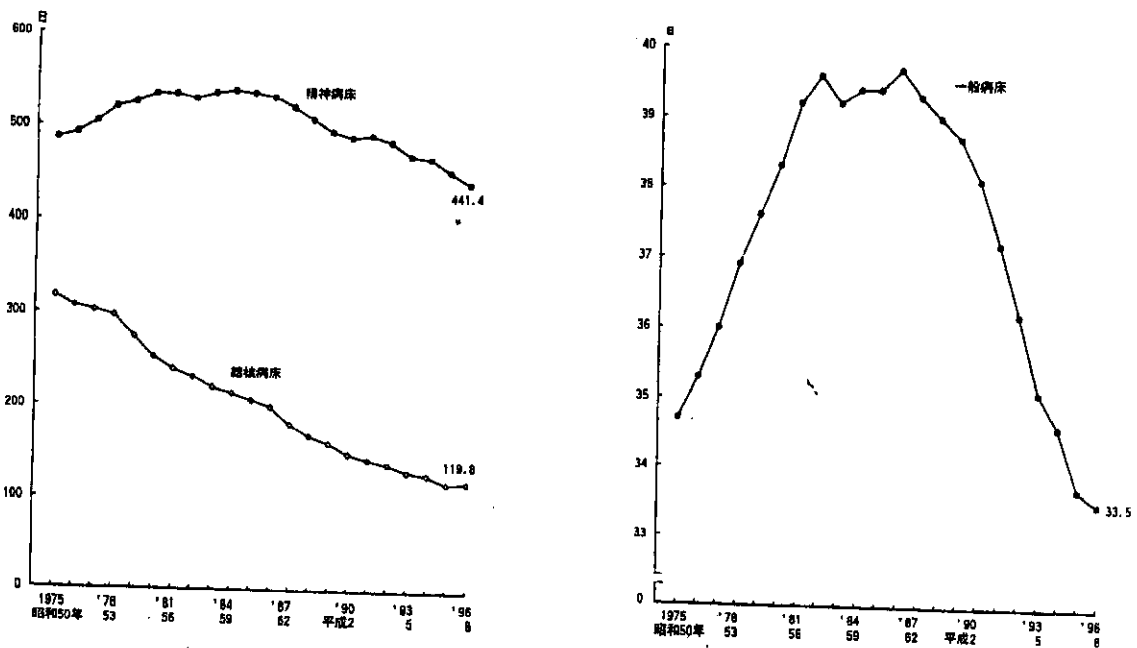
厚生省大臣官房統計情報部：平成8年医療施設調査・病院報告，厚生統計協会，p30，1998。

図3 1日平均在院患者数・外来患者数の年次推移



厚生省大臣官房統計情報部：平成8年医療施設調査・病院報告，厚生統計協会，p49，1998．

図4 病床の種類別に見た平均在院日数の年次推移



厚生省大臣官房統計情報部：平成8年医療施設調査・病院報告，厚生統計協会，p54，1998．

(米、英、独、仏)の病床数の国際比較が示されている。病床の定義には各国の保健医療制度の相違を反映して違いがあり、単純な比較はできない。しかしながら、わが国が(少なくとも OECD の統計では)諸外国に比べて人口当たりの病床数では、相当高い水準にあるということは明らかに見てとれよう。

第三に、わが国の最近の病床数の動向を見る場合に、見落としてはならない事実として、一種の「二極分化」とも呼ぶべき傾向がある。表3には、病床規模別に見た医療施設数の最近の推移が示されている。これを見ると、300床未満の中小規模の病院及び有床診療所の数の明らかな減少と、それとは対照的な300床以上の大病院及び無床診療所の増加傾向とが見てとれる。これは、それ自体興味ある現象であるが、ここでの本題からは外れるのでこれ以上は追究しない。ただ、最近の全般的な病床数の減少は、こうした「二極分化」の中でおこっているという事実には留意する必要がある(注7)。

以上諸統計で見てきたように、わが国の病床数は近年明らかな減少傾向にある。そして、このことは、全体としては、看護職員に対する医療機関の需要を減らす方向にはたらくであろう。いわゆる施設から在宅へという流れ、また、医療施設から介護施設へという流れも、量的には看護職員需要を介護職員需要へ置き換える効果を有するものと考えられる。

こうした全般的な病床数の減少による看護職員需要の減少の一方で、考えなければならないのは、病床当たりの看護職員数の増加という現象である。現在の「看護職員需給見通し」においても、100床当たりの看護職員数は、勤務条件の改善等を見込んで、計画期間中に35.9人から48.2人になるものと見込んでいる。そして、実際にもこの数値は年々上昇してきている。(注8)

この背景には、もちろん週40時間制の実施、夜勤体制の改善、各種休暇取得の改善等の看護職員の勤務条件の改善がある。それらはいずれも、いわゆる人材確保法(看護婦等の人材確保の促進に関する法律：平成4年)の精神に基づくものであり、今後ともさらなる改善が期待される場所である。さらに、こうしたいわばサービス提供側の条件の改善に加えて、サービスの受け手の側から見たサービス改善へのニーズがあることを忘れてはならない。

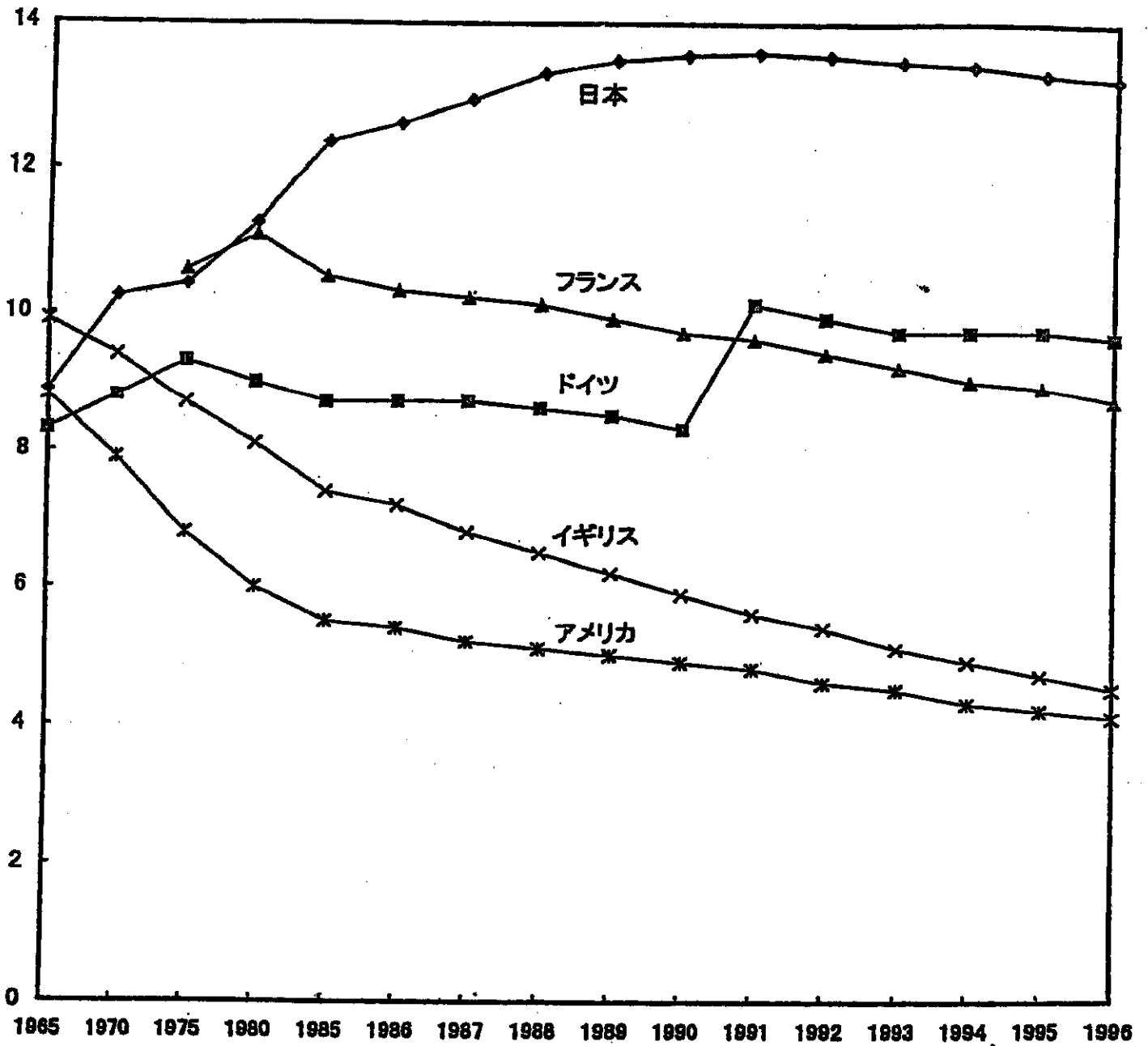
国際的に見て、わが国の病院における看護職員の配置は決して十分なものとはいえない。その背景には、国際的に見て相対的に過剰な病床数と、病院間、また、病院と診療所間の機能分化が十分でないわが国の医療提供体制上の問題があると考えられる。いずれにせよ、サービスの受け手の立場に立てば、急性期の病床にはそれにふさわしい十分な数の看

(注7) こうした「二極分化」は、看護職員の需要全体に影響するとともに、その構成(看護婦・准看護婦比率)にも影響すると考えられる。一般に中小病院の減少は、准看護婦に対する需要の減少をもたらす可能性がある。

(注8) 病床100床当たり看護職員数は、平成2年35.9人から、平成8年43.2人へと着実に増加してきている。(平成10年看護関係統計資料集〔3〕による)

図5 病床数の国際比較

(人口千対)



厚生省健康政策局看護課：看護職員需給見通しについて、平成3年12月。

資料：日本「医療施設調査・病院報告」、諸外国「OECD Health Data 98」

注1) 日本の病院数には、診療所の病床数を含んでいない。

注2) 諸外国の病床の定義は、OECDの統計に従った。

表3 病床の規模別に見た施設数

各年10月1日現在

	施設数				対平成7年		構成割合 (%)	
	平成5年 ('93)	平成6年 ('94)	平成7年 ('95)	平成8年 ('96)	増減数	増減率 (%)	平成7年 ('95)	平成8年 ('96)
病院	9 844	9 731	9 606	9 490	△ 116	△ 1.2	100.0	100.0
20~29床	392	351	323	296	△ 27	△ 8.4	3.4	3.1
30~39	591	580	544	528	△ 16	△ 2.9	5.7	5.6
40~49	789	756	741	710	△ 31	△ 4.2	7.7	7.5
50~99	2 487	2 491	2 478	2 458	△ 20	△ 0.8	25.8	25.9
100~149	1 595	1 574	1 548	1 541	△ 7	△ 0.5	16.1	16.2
150~199	1 044	1 063	1 075	1 064	△ 11	△ 1.0	11.2	11.2
200~299	1 359	1 325	1 295	1 278	△ 17	△ 1.3	13.5	13.5
300~399	733	733	743	750	7	0.9	7.7	7.9
400~499	350	350	350	356	6	1.7	3.6	3.8
500~599	199	198	202	200	△ 2	△ 1.0	2.1	2.1
600~699	127	132	131	132	1	0.8	1.4	1.4
700~799	70	68	67	70	3	4.5	0.7	0.7
800~899	33	34	32	31	△ 1	△ 3.1	0.3	0.3
900床以上 (再掲)	75	76	77	76	△ 1	△ 1.3	0.8	0.8
20~99床	4 259	4 178	4 086	3 992	△ 94	△ 2.3	42.5	42.1
100床以上	5 585	5 553	5 520	5 498	△ 22	△ 0.4	57.5	57.9
200床以上	2 946	2 916	2 897	2 893	△ 4	△ 0.1	30.2	30.5
300床以上	1 587	1 591	1 602	1 615	13	0.8	16.7	17.0
500床以上	504	508	509	509	0	0	5.3	5.4
一般診療所	84 128	85 588	87 069	87 909	840	1.0	.	.
有床	22 383	22 082	21 764	20 452	△ 1 312	△ 6.0	100.0	100.0
1~9床	9 699	9 495	9 290	8 479	△ 811	△ 8.7	42.7	41.5
10床以上	12 684	12 587	12 474	11 973	△ 501	△ 4.0	57.3	58.5

厚生省大臣官房統計情報部：平成8年医療施設調査・病院報告，厚生統計協会，p34，1998。

護職員の配置が、また、慢性期の病床においては、看護職員に加えて介護職員の適切な配置が望まれるところである。新たな看護職員需給見通しを策定するに当たっては、こうした患者及び一般国民の医療サービスに対するニーズを十分踏まえる必要がある。

3 保健医療政策の動向

次に、こうした保健医療サービスの需給を規定している制度的、政策的要因について考察しよう。公的医療保険制度により、国民皆保険体制がとられているわが国においては、保健医療サービスの需給関係に対してこうした制度的、政策的な要因の与える影響は相当大きいと考えられる。ここでは、2000年4月から実施されることが決まっている介護保険制度と、現在政府の審議会等において検討が進められている医療制度改革について、看護職員需給への影響という観点から検討する。

(1) 介護保険制度の実施

1997年12月に成立した介護保険法に基づき、2000年4月から医療保険、年金保険に続くわが国第三の本格的な社会保険制度である介護保険制度がスタートすることとなっている。介護保険制度の内容についての説明はここでは省略するが、長年の関係者の悲願の実現でもあり、その円滑な実施が期待されるところである（注9）。

介護保険制度が看護職員の需給に及ぼす影響については、介護保険の二つの柱である施設サービス、在宅サービスのそれぞれについて考える必要がある。

まず、施設サービスについては、従来の老人福祉施設から特別養護老人ホームが、いわゆる中間施設から老人保健施設が、また、医療施設から療養型病床群等が、それぞれ介護保険の対象施設として指定されることになっている。今後、実際にこれらの介護対応施設がどの程度整備されていくのかについては、現時点ではまだよくわからない点が多い。一部には、「保険あって介護なし」となるのでは、と危惧する向きもあるようだ。

厚生省の粗い試算においては、制度導入後10年を経過した平成22年度（次の看護職員需給見通しを現在と同じく10年間とすれば、ちょうどその最終目標年度に当たる）の時点での各施設入所者数の見通しが示されている。（注10）それによれば、特別養護老人ホーム33.2万人、老人保健施設28.8万人、療養型病床群等18.0万人の計80万人と推計されている。

（注9）介護保険制度の内容については、厚生省老人保健福祉局監修〔4〕〔5〕等を参照されたい。

（注10）厚生省「高齢者介護費用及び基盤整備量の将来推計（粗い試算）」による。この試算においては、平成22年度における要介護高齢者の在宅と施設入所の割合を6：4とし、施設入所者数に見合う施設整備が進められることを前提としている。

この推計値については、さまざまな議論がありうる。最近の急速な病床転換や医療機関経営者の介護分野への関心の高さ等を勘案すれば、これでは過少推計ではないかという見方もありえよう。医療法人を主体とするわが国の民間医療機関のダイナミックな活力は、こうした推計を超えて、残された最後のフロンティアともいべき介護分野へと進出していく可能性がある（注11）。

ここでは、こうした推計値自体の評価については立ち入らない。ただ、厚生省推計においても、療養型病床群等が18万床と、現在（平成8年37,872床）を大きく上回る水準とされていることは注目される。これらの多くは、現在の地域医療計画による病床規制の下では、既存の病床の転換によることになるだろう。そして、そのことは、看護職員に対する需要という観点からは、明らかに需要減の要因となる。療養型病床は一般病床に比べ、看護職員の配置要件が緩和され、それに代わって介護職員の配置が要請されることになる。医療機関サイドは、医療法の規制、診療報酬の評価等を踏まえて実際の看護職員の配置を経営戦略的に決定することとなるわけであるが、療養型病床群への病床転換は一般に看護職員から介護職員への需要のシフトをもたらすと考えられる（注12）。

次に、介護保険のもうひとつの柱である在宅サービスについて見てみよう。先ほど示した厚生省の推計によれば、在宅介護の基盤整備として、ホームヘルパーやデイサービス等とならんで訪問看護ステーションの整備が掲げられている。これが、平成22年度においては全国で2.0万ヶ所と推計されている。

訪問看護ステーションの整備自体は、明らかに看護職員に対する需要増の要因となる。現行の看護職員需給見通しにおいても、老人訪問看護を中心とした在宅ケアの進展に伴う訪問看護職員の需要増を約2万人必要と見込んでいるところである。従って、介護保険制度の下における今後のさらなる在宅ケアの進展は、一定の看護職員需要増をもたらすものと考えられる。

問題は、こうした在宅ケアにおける需要増と上に述べたような施設ケアにおける需要減との総合的な効果如何ということになる。くわしくは第IV章の推計をご覧いただきたいが、結論的には、現在のような相当な病床過剰状況を前提とすれば、介護保険の導入は、全体として看護職員に対する需要を減少させる可能性が高いといえる。このことは、看護職員に対する需要の大宗が病院病床に由来するという現状の反映であるともいえよう。

(注11) 民間医療機関の介護分野への進出を「複合体化」としてとらえた分析として、二木〔6〕がある。

(注12) 実際の医療機関における看護職員の配置状況については、厚生省保険局発表のデータ（平成9年7月1日現在）がある。それによれば、一般病棟（新看護等届出）の看護職員の配置は平均して患者2.1人に1人であるのに対し、療養型病床群は患者4.1人に1人となっている。ちなみに、療養型病床群における看護補助者は患者3.5人に1人と一般病棟（患者11人に1人）に比べ相当分厚い配置となっている。

(2) 医療制度改革の動向

わが国の現在の医療提供体制及び医療保険制度については、さまざまな問題点が指摘されている。ここでそれらの詳細にわたることはできないが、主要なものを箇条書き的にあげるとすれば、次のような事項があげられよう。

すなわち、①人口の急速な高齢化に伴う疾病構造の大きな変化に対する対応が十分とはいえないこと（社会的入院、長期入院等の問題）、②経済とのバランスがしばしばくずれ、医療保険の財政問題を生じやすいこと、③制度の複雑化、不透明化による合意形成の困難化（老人保健制度の見直し論議等）、④医療提供体制の秩序の欠落による非効率性（大病院外来への患者の集中等の問題）、⑤診療報酬の出来高払い制に伴う諸問題（過剰診療、薬剤多用傾向等）、⑥「負担の公平」の未達成（制度及び保険者の分立による保険料格差問題）、⑦医療に関する情報開示の不十分さ等である（注13）。

こうした種々の問題点を踏まえ、ここ数年にわたって、医療制度の抜本的な見直しの動きがある。その中でも、1997年8月に公表された厚生省及び与党協の改革提案は、その後の改革論議をリードし続けており、重要である。巻末の参考資料に厚生省及び与党協の両改革案のポイントを比較対照した表（尾形〔9〕より転載）を載せているので参考にされたい。

ここでは、広範な改革提案のうち、特に看護職員の需給に直接的に関わると考えられる問題を取りあげて検討することにする。

まず、医療提供体制に関する事項として、特に急性期と慢性期の病床の区分が重要であると思われる。この区分は、単に医療法上の病床区分のみならず、診療報酬上の評価にも関わってくる問題である。基本的に、慢性期病床については定額払いとし、急性期病床についても定額払いの拡大を図り、全体として出来高払いと定額払いの最善の組合せを構築しようというのが、厚生省案及び与党協案に共通する考え方である。

医療法上これらの病床区分が導入されると、地域医療計画における病床規制のあり方が変わるとともに、各病床種別ごとの人員配置基準の適用ということになり、看護職員の需要に大きな影響が出てくる可能性がある。介護保険制度の実施等により、在宅ケアが今後急速に拡大するとしても、依然として看護職員の需要の大きな部分が病院病床数及び病床当たりの看護職員の配置に関わる状況の中では、こうした区分の影響は甚大である。この問題については、医療審議会等の場においても、いまだに結論を得るに至っていない。仮に何らかの形で新たな病床区分が導入されるとしても、経過措置期間等との関係で、次期の看護職員需給見通し策定には実質的な影響はあまり出てこない可能性もある。ただ、いずれにせよ、日本の医療供給の現状を勘案すれば、早晚、急性期病床と慢性期病

（注13） 現行医療制度に関する問題点については、厚生省〔2〕P 249などを参照。

床を区分し、それぞれの機能にふさわしい人員配置を求めていくという方向をとらざるをえないものとする。そして、看護職員の適切な配置は、こうした人員配置の中核をなす問題である。看護職員の需要予測においても、こうした制度改革の方向を組み込んでいく工夫が必要になるものと思われる。

次に、診療報酬体系の見直し論議の中では、特に、医療技術の評価に関する事項が重要である。この点については、厚生省案及び与党協案ともに、看護について「看護必要度を加味した評価」という考え方を打ち出している。

現行の診療報酬においては、看護サービスに係る直接的な評価である看護料は、基本的に患者何人に対して一人の看護職員の配置をしているかという、文字通りの量的な評価でしかないという問題がある（注14）。そこには、提供される看護サービスの内容や患者の重症度等についての考慮は明示的には行われていない。

今回の改革提案は（注15）、「看護必要度」という指標を導入することにより、患者の重症度に応じた適切な医療の提供を推進していこうとするものである。当面、急性期医療に絞った実施が検討されているようだが、こうした仕組みが導入されれば、当然、病床当たりの看護職員数に影響を与えるものと考えられる。こうした仕組みをどのように看護職員の需要推計に適切に取り入れることができるのか、技術的な面も含め、今後さらなる検討が必要であろう。

（注14） そうした中では、最近の診療報酬改定によって、平均在院日数を看護料算定に当たって考慮する考え方が導入されたことは、看護職員配置の機能面に着目する考え方を一部取り入れたものと評価できる。

（注15） 最近、医療保険福祉審議会に対し、診療報酬体系見直し作業委員会から、与党協案をさらに具体化した報告書〔10〕が提出されている。

参考資料・医療保険制度改革に関する与党案と厚生省案との比較早見表

事項(与党案に沿って整理)	与党案	厚生省案
1.国民に開かれた医療提供の実現 (1)患者の立場に立った医療の展開	<ul style="list-style-type: none"> ●インフォームド・コンセントの徹底 ●患者に対してカルテやレセプトの情報の開示を推進 ●病院内に患者・家族に対しての相談窓口を設置(病院機能評価事業の対象) ●病院における個室化や食堂の配置など療養環境の改善 	<ul style="list-style-type: none"> ●医療従事者による適切な説明と患者の理解に基づく医療の定着 ●カルテの情報も患者に提供
(2)保険者機能の強化	<ul style="list-style-type: none"> ●保険者のレセプト審査の充実、相談窓口の設置 	
(3)医療における情報公開の推進	<ul style="list-style-type: none"> ●専門分野を明示できるよう広告規制を緩和。専門医については学会において、認定基準の統一化・明確化 	<ul style="list-style-type: none"> ●患者による医療機関の選択に資する者については、できる限り広告できることとする。専門医については認定基準の統一化・明確化を図ったうえで、広告事項に追加。
(4)医療情報システムの整備	<ul style="list-style-type: none"> ●病院機能評価事業の充実、普及。できる限り内容公開。 ●保険医療機関などにおける医療費明細書発行の促進 ●中医協その他医療関係の審議会の公開 ●被保険者証から個人カード化(病歴・診療歴などを記録し、活用) 	<ul style="list-style-type: none"> ●病院機能評価事業の充実、普及。公開内容の拡大。 ●医療機関からの積極的な情報提供の推進 ●中医協のあり方についての見直し ●被保険者証のICカード化等情報化の推進
(5)医療機関の機能分担と連携の推進	<ul style="list-style-type: none"> ●病診連携の推進。かかりつけ医等の育成・普及。その支援のため、地域医療支援病院の体制の充実 ●入院医療に重点 ●公私医療機関の機能分担と連携を図る 	<ul style="list-style-type: none"> ●医療機関の機能分担の明確化、かかりつけ医等を支援するため、地域医療支援病院の制度化、機能の拡充 ●入院医療に重点を置いた措置
(6)病床及び入院医療の適正化	<ul style="list-style-type: none"> ●救急医療体制の整備充実 ●医療従事者の人員配置基準及び構造設備基準を見直し、急性期病床及び慢性期病床にとって適したものに ●地域医療計画において、急性期病床及び慢性期病床それぞれの必要病床数を決定 ●病床数の適正化を計画的に推進。病院の開設許可のあり方を見直し ●入院期間の短縮、社会的入院の是正のため、看護体制の充実、退院時期を明確化させた診療計画の策定を推進。在宅ケアの整備推進 	<ul style="list-style-type: none"> ●病院の医療従事者の人員配置基準を見直し、急性期病床及び慢性期病床にふさわしいものに ●急性期病床と慢性期病床とに区分して、医療計画上の必要病床数を算定 ●医療機関の開設の許可のあり方を見直し、病床数を適正化 ●入院患者が計画的にかつ速やかに家庭や社会へ復帰できるよう、退院時期を明確化させた診療計画の策定の普及、定着を図り、看護を含めた効率的な入院システムを確立
(7)医療従事者の資質の向上と適正な確保	<ul style="list-style-type: none"> ●医学教育、生涯教育の充実。医師の卒後の臨床研修の必修化。医師免許制度・国家試験の見直し ●臨床研修中の医師については手当てが支払われるよう必要な措置 ●歯科医師についても同様の方向 	<ul style="list-style-type: none"> ●医師の卒後の臨床研修の必修化。臨床研修終了を診療を行う医師の要件とし、免許制度・国家試験の見直し ●臨床研修中の医師については手当てが支払われるよう必要な措置。人員配置基準の算定の対象外 ●同左

参考資料・医療保険制度改革に関する与党案と厚生省案との比較早見表

事項(与党案に沿って整理)	与党案	厚生省案
<p>(8)総合的な保健医療システムの構築</p> <p>2. 薬価制度の改革</p> <p>(1)新たな仕組み</p> <p>(2)給付基準額の設定等</p> <p>(3)新制度に必要な情報の公開など</p> <p>(4)承認審査体制の整備等</p>	<p>◎医学部・歯学部の入学生定員の適正化</p> <p>◎薬学教育の6年制について検討</p> <p>◎看護婦など医療マンパワーの適正な養成確保と資質の向上</p> <p>◎各種保健事業を、予防医学を重視し、生涯を通じての総合的なシステムに再構築</p> <p>◎従来の薬価基準は廃止。原則として、医薬品のグループごとに、市場実勢価格を原則として、医療保険から給付する基準額を定める給付基準額制度を導入</p> <p>◎医療機関等が給付基準額を上回る価格で購入した医薬品については、その上回る額は患者の自己負担。下回る価格で購入した医薬品については、その購入価格で医療保険から給付</p> <p>◎グルーピングは、同一の成分または薬理作用ごとのグループを基本。グループごとに一定の給付基準額を設定</p> <p>◎特許期間中の新薬のうち一定の範囲の新薬については、成分ごとに給付基準額を設定。特許期間が切れた医薬品については、同一の薬理作用ごとのグループとすることを基本</p> <p>◎グルーピングや給付基準額を定める専門家委員会を設置し、手続を透明化</p> <p>◎グルーピング、給付基準額、市場実勢価格などを公表。医療機関、薬局、卸売業者に対して薬価調査の応需義務。医療機関等は医薬品の購入価格等の情報公開、患者に負担を求める場合の説明及び明細書を発行</p> <p>◎医薬品取引における仮納入・仮払いの解消。卸売業者の納入時における価格等を記載した伝票の発行、医療機関等における伝票の保存</p> <p>◎流通近代化の推進</p> <p>◎後発医薬品の健全な市場の育成及び普及の促進</p> <p>◎専門性・透明性の高い厳正な医薬品の承認審査の確保。医薬品情報の公開</p> <p>◎治験実施体制の充実</p> <p>◎審査期間を欧米並みに短縮化</p>	<p>◎医学部・歯学部の新たな入学生定員の目標を設定し、その削減を推進</p> <p>◎薬価基準制度を廃止。原則として医薬品のグループごとに、市場の実勢価格を基本に医療保険から償還する基準額を定める</p> <p>◎同左</p> <p>◎医療費に対する定率一部負担は、医薬品については上記償還額に対して適用。新たな仕組みの導入に伴い薬剤定額一部負担は廃止。</p> <p>◎「治療効果が類似し、治療上代替可能な成分」についてグループごとに分類し、同一グループ内では一定の償還基準額を設定</p> <p>◎同左</p> <p>◎同左</p> <p>◎医療機関等における卸売業者の発行する伝票等の保存。</p>

参考資料・医療保険制度改革に関する与党案と厚生省案との比較早見表

事項(与党案に沿って整理)	与党案	厚生省案
<p>(5)医薬分業の推進 (6)実施時期</p>	<ul style="list-style-type: none"> ●医薬品安全性情報の的確な収集及び提供 ●医薬分業の迅速かつ計画的推進 ●新たな薬剤給付基準額制度は実施するが、可能な限り速やかに実施。 ●それまでの間、現行薬価基準制度の下で、薬価差の縮小・価格の適正化等の措置 	<ul style="list-style-type: none"> ●医薬分業の推進 ●同左
<p>3. 新しい診療報酬体系の構築 (1)技術、もの、ホスピタルフィーの評価</p>	<ul style="list-style-type: none"> ●技術料については、医師等の診療科の特性と技術の難易度を踏まえた評価。看護については、看護必要度を加味した評価 ●一定の範囲内で医師等が特定の療養費制度を参考にしつつ、その技術や経験が評価できる途 ●医療材料価格や検査価格等の適正化・透明化。内外価格差の是正 ●医療機関の設備投資・維持管理費用については、地域格差を反映させた評価。いわゆるアメニティーなど医療周辺部分については、医療機関が施設利用量などとして患者から料金の支払いを受けられることを原則自由とする ●大病院は入院機能を重視する 	<ul style="list-style-type: none"> ●医師等の技術については、診療科の特性と技術の難易度を踏まえた評価体系。看護技術については、人員配置に患者の看護必要度を加味した評価体系 ●ペースメーカー等の医療材料及び検体検査の価格設定については、市場取引の実勢を反映させることを基本として、内外価格差の是正なども考慮しつつ、価格の適正化・透明化 ●地域差を考慮しつつ、医療機関における施設整備等の投資的費用や維持管理経費に対応する診療報酬上の評価を明確化。医療機関が患者から施設利用料を徴収できる仕組みに
<p>(2)医療機関の機能に応じた評価</p>	<ul style="list-style-type: none"> ●中小病院及び診療所は、外来プライマリー・ケア機能を重視した評価。入院は病院の特性や診療科の特性に配慮した評価 	<ul style="list-style-type: none"> ●大病院については、入院機能を重視した評価体系。 ●中小病院及び診療所は、外来のプライマリー・ケア機能を重視した評価体系。入院は病院の特性や診療科の専門性に応じた評価
<p>(3)急性期・慢性期医療に応じた評価</p>	<ul style="list-style-type: none"> ●急性期医療は出来高払い、慢性期医療は定額払いを原則。出来高払いと定額払いの最善の組み合わせを構築 ●(急性期医療) <ul style="list-style-type: none"> ・入院当初は出来高払い、容体の安定等を考慮して一定期間後は一日定額払い ・入院患者の疾患別定額払いについて基礎調査を進め、導入を検討 ・外来医療については、出来高払いを原則 	<ul style="list-style-type: none"> ●同左 ●同左 ・同左

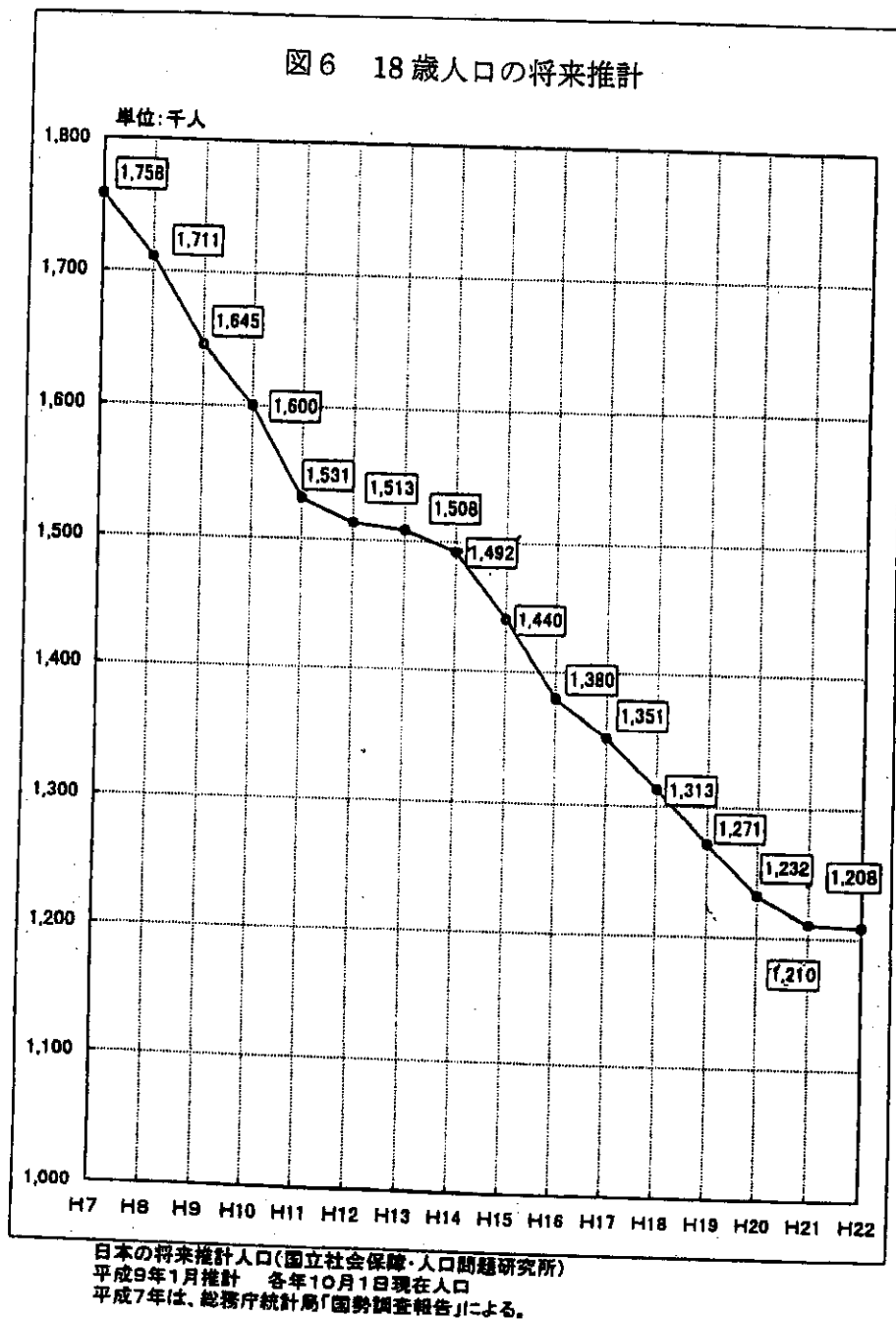
参考資料・医療保険制度改革に関する与党案と厚生省案との比較早見表

事項(与党案に沿って整理)	与党案	厚生省案
(4)歯科医療の評価 (5)診療報酬点数表の簡素化 (6)実施時期	◎(慢性期医療) ・入院医療は一日定額払いを原則 ・慢性疾患の急性転化及び急性疾患の併発の場合には、出来高払いを組み合わせ ◎歯科医療機関は出来高払いを原則とするが、根管治療等における定型的な部分は定額払い。歯科固有の技術評価として長期的維持管理に着目した評価 ◎レセプト電算処理の推進。点数表の簡素化 ◎診療報酬体系の見直しは実施。可能な限り速やかに実施	◎同左 ・治療期間中に急性疾患を併発した場合等には、出来高払いを組み合わせ ◎同左 ◎同左 ◎逐次実施することを目途
4. 高齢者医療保険制度の創設 (1)対象者 (2)患者負担 (3)費用負担 (4)公費負担 (5)保険者のあり方	◎原則70歳以上の者 ◎定率負担(高齢者療養費制度等と組み合わせ、過重な負担とならないようにする。低所得者に配慮。一定の収入以上の者は現役と同程度の負担) ◎高齢者の保険料+自己負担+公費+若年世代の支援(年金からの保険料徴収) ◎3~4割を目安 ◎今後引き続き検討	◎医療保険の制度体系全体の見直し案が提示されている (第1案)制度の一本化による地域医療保険制度案 A案一市町村保険者 B案一都道府県保険者 (第2案)被用者保険と国保の2本立て+高齢者別建て案 ◎給付費の3割程度
5. 医療費適正化の推進 (1)老人医療費の適正化 (2)審査の充実、指導監査の強化 (3)地域間格差の是正 (4)現金給付の見直し 6. その他 (1)患者負担 (2)抜本改革の実施	◎介護基礎の整備、在宅医療の推進、診療報酬の合理化等により、社会的入院の是正 ◎レセプト点検の強化、保健指導体制の強化、医療機関に関する情報提供を進め、不必要な重複受診の適正化 ◎超高額医療レセプトについては、審査支払い機関が担当医師から直接説明や資料提供を求めることに ◎保険医療機関等に対する指導監査の強化。指定取消期間の延長。返還加算金の引上げ ◎医療費等の地域間格差の是正を図るための方策を検討 ◎傷病手当金等の現金給付の見直しを検討 ◎新たな患者負担のあり方については検討 ◎可能なものからできる限り速や	◎高齢者に対する生活指導等、健康づくりの推進。社会的入院の是正 ◎外来の重複受診等の是正 ◎面接審査の導入等による超高額医療費の適正化 ◎医療費請求の審査の充実。保険医療機関等に対する指導監査の強化 ◎同左 ◎医療保険制度見直し案 ◎次期通常国会に向けて抜本改革法案の取りまとめに努力

4. 人口構造の変化

(1) 18才人口の減少と高学歴志向

女性の社会進出、晩婚化、非婚化の進行に伴って、少子化傾向が強まっており、18才人口においても減少傾向は例外ではない。日本の将来推計人口（図6）をみると、平成7年には1,758,000人であった18才人口は、平成12年に、1,513,000人となり、平成22年には、1,208,000人になると推計されている。平成12年から10年間で、約30万人の減少がおきるのである。18才人口の減少は、看護系教育機関を応募する学生数の減少につながり、看護職の供給に大きな影響を及ぼす要因となる。



また、高学歴を指向する者が増加し、大学への進学率が高まっていることも看護職の供給に影響を及ぼす要因と考えられる。学校基本調査（表4）によれば、昭和63年の大学・短期大学への進学率は、30.9%であったが、平成9年には、40.7%となり、短期大学・大学への進学率は約10%も増加している。とくに女性の大学・短期大学への進学率は、男性の34.5%を12.3%も上回る46.8%となっている。女性の場合、大学より短期大学進学率が高いという特徴があるが、近年は、女性の大学進学率の伸びが大きく、大学と短期大学の進学率の差がなくなりつつある。

表4. 高等学校、大学・短期大学への進学率の推移

年次	高等学校等への進学率			高等学校の通信課程(本科)への進学率を除く			大学・短期大学への進学率			大学・短期大学の通信課程への進学率を除く		
	計	男	女	計	男	女	計	男	女	計	男	女
昭和25年				42.5	48	36.7				30.3	34.0	17.2
昭和26年				45.6	51.4	39.6				29.6	30.1	12.9
昭和27年				47.6	52.9	42.1				21.6	26.9	13
昭和28年				48.3	52.7	43.7				21.5	25.4	15.7
昭和29年				50.9	55.1	46.5				19.7	23.3	14.7
昭和30年				51.5	55.5	47.4				18.4	20.9	14.9
昭和31年				51.3	55	47.6				16	18.7	12.5
昭和32年				51.4	54.3	48.4				16.1	18.2	13.3
昭和33年				53.7	56.2	51.1				16.5	19	13.3
昭和34年				55.4	57.5	53.2				16.9	19.6	13.9
昭和35年				57.7	59.6	55.9				17.2	18.7	14.2
昭和36年				62.3	63.8	60.7				17.9	20.2	15.3
昭和37年				64	65.5	62.5				19.3	21.9	16.5
昭和38年				66.8	68.4	65.1				20.9	23.8	17.8
昭和39年				69.3	70.6	67.9				23.4	26.9	19.6
昭和40年				70.7	71.7	69.6				25.4	30.1	20.4
昭和41年				72.3	73.5	71.2				24.5	28.2	20.6
昭和42年				74.5	75.3	73.2				23.7	26.1	21.1
昭和43年				76.8	77	76.5				23.1	24.7	21.4
昭和44年				78.4	79.2	78.5				23.2	24.1	22.3
昭和45年				82.1	81.8	82.7				24.2	25	23.5
昭和46年				85	84.1	85.9				26.8	27.6	25.9
昭和47年				87.2	86.2	88.2				29.2	30	28.4
昭和48年				89.4	88.3	90.6				31.2	31.8	30.8
昭和49年				90.8	89.7	91.9				32.2	32.2	32.2
昭和50年				91.9	91	93				34.2	33.8	34.8
昭和51年				92.6	91.7	93.5				33.9	32.8	35.1
昭和52年				93.1	92.2	94				33.2	32.2	34.3
昭和53年				93.5	92.7	94.4				32.8	31.9	33.7
昭和54年				94	93	95				31.9	30.5	33.4
昭和55年				94.2	93.1	95.4				31.9	30.3	33.5
昭和56年				94.3	93.2	95.4				31.4	29.7	33.1
昭和57年				94.3	93.2	95.5				30.9	28.9	32.8
昭和58年				94	92.8	95.2				30.1	27.7	32.4
昭和59年	94.1	93	95.3	93.9	92.8	95	29.6	28.8	32.6	29.6	26.6	32.5
昭和60年	94.1	93.1	95.3	93.8	92.8	94.9	30.5	27	33.9	30.5	27	33.9
昭和61年	94.2	93.1	95.3	93.8	92.8	94.9	30.3	28.4	34.1	30.3	26.3	34.1
昭和62年	95.1	94	96.2	94.4	93.2	95.6	30.6	23.8	37.3	30.5	23.8	37.2
昭和63年	94.5	93.4	95.7	94.1	92.9	95.3	30.9	25.7	36.2	30.9	25.6	36.1
平成元年	94.7	93.6	95.9	94.1	93	95.3	30.7	24.6	36.7	30.6	24.5	36.7
平成2年	95.1	94	96.2	94.4	93.2	95.6	30.6	23.8	37.3	30.5	23.8	37.2
平成3年	95.4	94.3	96.4	94.6	93.5	95.8	31.7	24.6	38.7	31.6	24.5	38.6
平成4年	95.9	94.8	96.9	95	93.9	96.2	32.7	25.2	40.2	32.7	25.1	40.1
平成5年	96.2	95.3	97.2	95.3	94.2	96.5	34.5	26.6	42.4	34.5	26.5	42.3
平成6年	96.5	95.6	97.5	95.7	94.6	96.8	36.1	27.9	44.2	36	27.8	44.1
平成7年	96.7	95.8	97.6	95.8	94.7	97	37.6	29.7	45.4	37.5	29.6	45.4
平成8年	96.8	95.9	97.6	95.9	94.8	97.1	39	31.8	46	38.9	31.7	46
平成9年	96.6	95.9	97.7	95.9	94.8	97	40.7	34.5	46.8	40.6	34.4	46.8

平成9年度 学校基本統計調査報告書による

高学歴志向のあらわれは、18才人口の大学進学率の増加のみではなく、社会人の大学入学や学士編入学の増加においても伺うことができる。高校あるいは大学を卒業後、職業生活を経験したり、子育てをした後に、異なる分野での学習やより高度な学習を求めて入学を希望する人たちが増えているのである。また平成11年度から各種学校卒業生の大学学部編入が認められたことも、高学歴指向を裏付けするものである。その他、学位認定授与機構によって、大学卒業資格を取得する者もいる。このような大学教育の多様化は、高学歴を志向する者の増加により推進されていると言えよう。また大学院への進学希望者も増加しており、看護系大学における大学院も急激に増え、大学院へ進学する看護職の増加が予測される。

日本看護系大学協議会では、「21世紀に向けての看護職の教育に関する声明」を発表している。その声明の中で看護職の質の向上に対する社会的要請について触れて、以下のように述べている。「超高齢・少子社会を迎える今日、一中略一 看護職自身の人間性、自律性、柔軟性がますます強く求められるようになってきている。このような時代においては、高度の成熟した知識・技術を有する看護職者を世に送り出すことが必要である。また、女性の社会への進出が促進され、少子化傾向が強まるにつれ、従来のように高校卒業者を、ある一定の割合で看護学生として確保するためには、魅力的な教育制度が必要となる。世界の趨勢からみれば、大学が果たす役割はますます大きくなっており、専門学校主体の教育が主であった西欧でも、国の政策として看護教育を大学にする取り組みが始まっている。」少子化の時代にあって、質の高い看護職を確保するための教育のあり方について述べている。18才人口の減少、高学歴指向、看護の質の向上からみても従来の看護婦養成所の定員をみなおし、大学教育への転換が必要となるであろう。

また准看護婦の養成は、年々減少の傾向にあるが、時代の変化に伴う社会的要請を考慮しながら、今後検討されなければならない課題である。高等学校衛生看護科における看護職教育に関しては、平成9年高等学校における看護教育の充実・進行に関する調査研究会報告書で「衛生看護科は准看護婦要請機関から看護婦要請機関へ移行することを目指すのが今後の望ましいあり方と考える。」とあり、専攻科2年を加えた5年間の一貫教育と、看護大学への進学を積極的に進めることを提唱している。

21世紀医学・医療懇談会第1次報告の中では、医療人（医師・歯科医師・薬剤師・看護婦などの医療の担い手）育成について示されている。医療人は人間性から専門性までが求められており、そのためには多様な教育コースが必要であることが述べられている。

以上述べたように、18才人口の減少と高学歴志向は、今後の看護職供給に多大な影響を及ぼすと考えられる。

(2) 高齢者人口の増加

人口構成に占める高齢者の割合は急激に増加しており(表5)、それに伴って、要介護老人(寝たきり老人・要介護の痴呆性老人、虚弱老人)の増加が予測されている。老人保健審議会に資料として提出された高齢者介護費用及び基盤整備の将来推計(粗い推計)における要介護老人の将来推計をみると、要介護高齢者の数は、平成5年が200万人、平成12年280万人、そして平成22年には360万人に達すると推計されている(表6)。

表5 年齢区分別人口の推移と将来推計

(各年10月1日現在)

年次	総数		0-14歳		15-64歳		65歳以上		75歳以上(再掲)		平均年齢
	実数	構成割合	実数	構成割合	実数	構成割合	実数	構成割合	実数	構成割合	
	千人	%	千人	%	千人	%	千人	%	千人	%	歳
大正9年(1920)	55,963		20,416	35.5	32,605	58.3	2,941	5.3	732	1.3	26.7
14(1925)	59,737		21,924	36.7	34,792	58.2	3,021	5.1	808	1.4	26.5
昭和5(1930)	64,450		23,579	36.6	37,807	58.7	3,064	4.8	881	1.4	26.3
10(1935)	69,254		25,345	36.9	40,484	58.5	3,225	4.7	924	1.3	26.3
15(1940)	73,075		26,389	36.1	43,232	59.2	3,454	4.7	904	1.2	26.6
25(1950)	84,115		29,786	35.4	50,168	59.6	4,155	4.9	1,069	1.3	26.6
30(1955)	90,077		30,123	33.4	55,167	61.2	4,786	5.3	1,388	1.5	27.5
35(1960)	94,302		28,434	30.2	60,469	64.1	5,398	5.7	1,642	1.7	29.0
40(1965)	99,209		25,529	25.7	67,444	68.0	6,236	6.3	1,894	1.9	30.3
45(1970)	104,665		25,153	24.0	72,119	68.9	7,393	7.1	2,237	2.1	31.5
50(1975)	111,940		27,221	24.3	75,807	67.7	8,865	7.9	2,841	2.5	32.5
55(1980)	117,060		27,507	23.5	78,835	67.3	10,647	9.1	3,680	3.1	33.9
60(1985)	121,049		26,033	21.5	82,506	68.2	12,468	10.3	4,712	3.9	35.7
平成2(1990)	123,611		22,486	18.2	85,904	69.5	14,895	12.0	5,973	4.8	37.6
7(1995)	125,570		20,014	15.9	87,165	69.4	18,261	14.5	7,170	5.7	39.6
12(2000)	126,892		18,602	14.7	86,419	68.1	21,870	17.2	8,885	7.0	41.3
17(2005)	127,584		18,235	14.3	84,443	66.1	25,006	19.6	11,153	8.7	42.8
22(2010)	127,623		18,310	14.3	81,187	63.6	28,126	22.0	13,349	10.5	44.1
27(2015)	126,444		17,939	14.2	76,822	60.8	31,883	25.2	15,020	11.9	45.3
32(2020)	124,133		16,893	13.7	73,805	59.5	33,335	26.9	16,645	13.4	46.3
37(2025)	120,913		15,821	13.1	71,976	59.5	33,116	27.4	18,887	15.6	47.1
42(2030)	117,149		14,882	12.7	69,500	59.3	32,768	28.0	19,239	16.4	47.7
47(2035)	113,114		14,347	12.7	65,981	58.3	32,787	29.0	18,400	16.3	48.1
52(2040)	108,964		14,062	12.9	61,176	56.1	33,728	31.0	17,795	16.3	48.3
57(2045)	104,758		13,712	13.1	57,549	54.9	33,497	32.0	17,856	17.0	48.5
62(2050)	100,496		13,139	13.1	54,904	54.6	32,454	32.3	18,965	18.8	48.6

(注) 昭和15-平成7年の総人口には年齢不詳を含む。
資料: 平成7年以前は、総務庁「国勢調査」、平成12年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成9年1月推計)」

表6 要介護老人等(痴呆性老人を含む)の将来推計

(単位: 万人)

区分	平成5年	平成12年	平成22年	平成37年
① 寝たきり (寝たきりで痴呆の者を含む)	90	120	170	230
② 要介護の痴呆性老人 (寝たきりを除く)	10	20	30	40
③ 虚弱老人	100	130	190	260
要介護老人等(①+②+③)	200	280	390	520

(出典) 高齢者介護費用及び基盤整備の将来推計(粗い推計)

要介護高齢者の増加に伴う介護サービスの整備は重要な課題であり、平成元年には、「高齢者保健福祉推進十か年戦略（ゴールドプラン）」が策定された。しかし予測を上回る高齢者人口の急激な増加を踏まえて、平成6年には、ゴールドプランの目標値を変更した新ゴールドプランが策定された。そして、到来する高齢化社会に備えて、平成9年には介護保険法が制定され、平成12年の施行を前に準備が進められている。介護保険制度の基盤整備の推計（粗い推計）から、在宅介護、施設介護の整備目標数をみると（表7）、慢性期病棟（老人保険施設・療養型病床群）、福祉施設、訪問看護の増加が見込まれており、高齢者を対象としたケアに従事する看護職の需要が高まるであろう。また、介護保険法の理念の一つである在宅サービスの充実に向けて、とくに在宅で高齢者のケアにあたる人材の需要が高まると予測される。また介護保険下でケアマネジメントを行う介護支援専門員（ケアマネジャー）という新たな職種が登場し、看護の新しい職域となった。

高齢者人口の増加は、看護職の働く場や看護業務の内容、看護職の需要にも大きな変化をもたらすと考えられる。

表7. 介護保険制度における基盤整備量の推計（粗い試算）

在宅介護の基盤整備

	平成12年度		平成17年度	平成22年度
	ケースA	ケースB		
利用者数 要介護老人	70.8 130.0	70.8 130.0	94.0 160.0	120.0 190.0
ホームヘルパー	22万人	17万人	34万人	56万人
デイサービス デイケア	2.1万カ所	1.7万カ所	3.2万カ所	5.3万カ所
ショートステイ	9.1万床	7.3万床	14万床	23万床
訪問看護	0.8万カ所	0.6万カ所	1.2万カ所	2.0万カ所

(注) ケースA、ケースBはサービスモデル（典型的ケース）に基づく高齢者介護費用の推計と同じ

施設介護の基盤整備

	定員	入所者数の見通し		
	平成12年度	平成12年度	平成17年度	平成22年度
計	万床	万人	万人	万人
特別養護老人ホーム	—	69.2	76.0	80.0
老人保健施設	29	28.7	31.6	33.2
療養型病床群等	28	24.9	27.4	28.8
	19	15.6	17.1	18.0

(参考) 新ゴールドプランの平成11年度末における整備目標（ケースC）

- ホームヘルパー 17万人
- デイサービス・デイケア 1.7万カ所
- ショートステイ 6万床
- 老人訪問看護ステーション 5,000カ所
- 特別養護老人ホーム 29万床
- 老人保健施設 28万床

〈出典〉 高齢者介護費用及び基盤整備の将来推計（粗い推計）