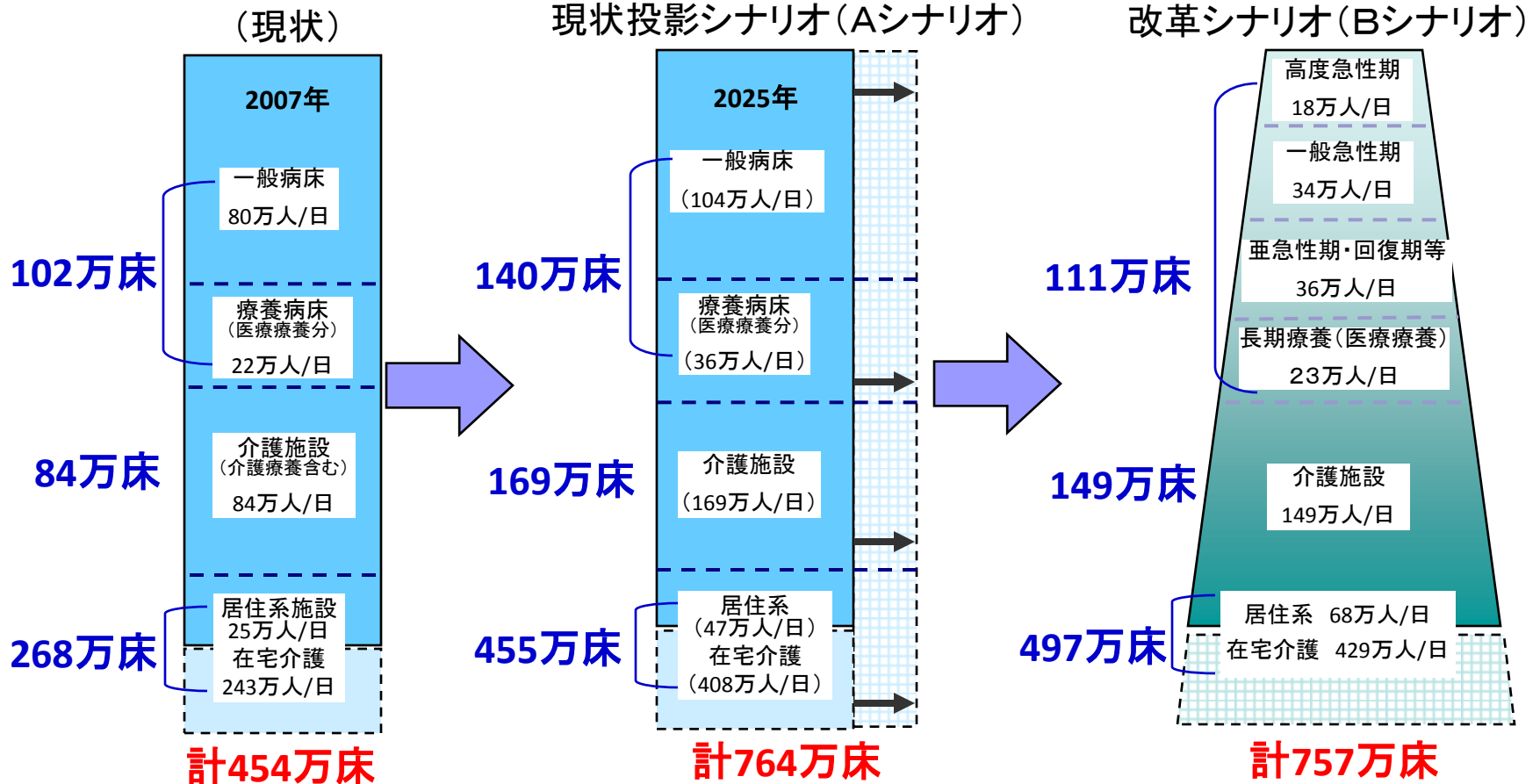


急性期治療が終了してからも、高齢者は特に直ちに在宅復帰できるわけではなく、「Post Acute」を担当する慢性期病床が治療を継続することになる。

# 改革シナリオ (B3シナリオ)

大胆な仮定をおいた平成37(2025)年時点のシミュレーションである




現状及び現状固定の推計による2025年の需要の伸びを単純においた場合

一般病床を高度急性期、一般急性期と亜急性期・回復期等に機能分化。医療資源の投入により、在院日数が高度急性期で20.1日→16日、一般急性期で13.4日→9日、亜急性期・回復期等で75日→60日に減少。医療必要度の低い需要は介護施設で受け止める。居住系・在宅サービスを強化。

※上記に重複して外来や在宅医療受療者が2025年には1日当たり600万人あまりいる。 ※一般病床及び療養病床に有床診療所含む。

引用:平成20年10月23日社会保障国民会議 第8回サービス保障(医療・介護・福祉分野)分科会資料を基に作成

爆発的に増える高齢患者を現状の病床数のままで対処するとしたら、平均在院日数を半分にすれば病床数は2倍になったのと同じことである。

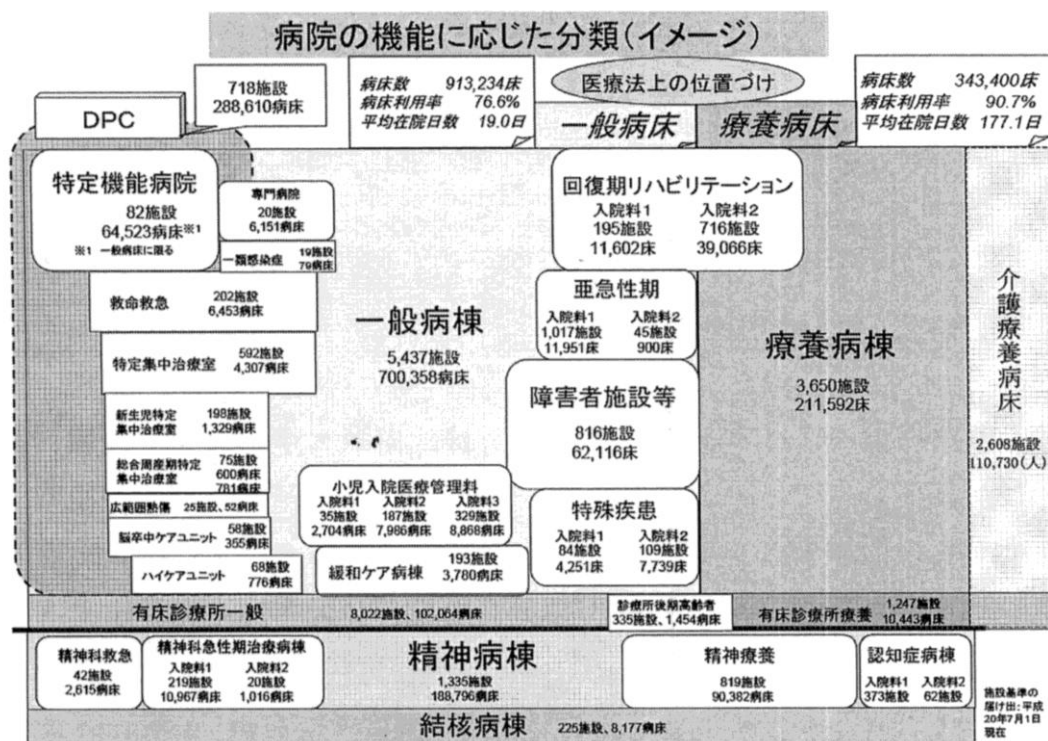


病院での平均在院日数を短縮し、短期間で集中的に治療することになれば、医師と看護師を中心とする医療ではなく、多職種による集中的チーム医療が必須となる。

# 医療療養病床における チーム医療の推進に向けて

- 医療療養病床の入院患者の重症化に伴い、医師をはじめとする職員の負担は増加している。医師の業務を患者に集中させるためにも、一般病床で認められている医師事務作業補助体制加算(病棟クランク)を医療療養病床にも認めて欲しい。
- 現在、診療報酬は主に医師と看護師の配置数により算定されているが、チーム医療の促進により、コメディカルが病棟業務に多く携わっている状況を鑑みて、各種国家資格者の病棟専従配置に対して評価して欲しい。(特に薬剤師、管理栄養士、PT、OT、ST、社会福祉士などについて1日患者1人当たり20点の加算をして欲しい。)
- 当協会が平成21年4月に実施した調査によると、実に多くの会議が開催され、リーダー担当者も参加者も多岐にわたり、業務への影響も大きい。「5職種以上で構成される会議」について、1ヶ月1回につき1000点の加算をして欲しい。
- 当協会が平成21年4月に実施した調査では、退院患者のうち死亡退院は36.7%を占める。死亡前1ヶ月の間に多職種によるターミナルケアカンファレンスを行った場合、500点を認めて欲しい。また、死亡後、死亡例検討会(デスカンファレンス)を行った場合も同様に認めて欲しい。

# 病院の機能に応じた分類(イメージ)



図のように、一般病床には超慢性期から高度急性期までの診療報酬体制となっている。それに伴って、超慢性期から高度急性期までの患者が混在して入院している。

高度急性期を除いて、現在一般病床と療養病床に分けられている病床を病院病床として統一し、急性期病床とその治療後を受ける慢性期病床とで診療報酬により調整してはどうか。

2009年4月15日 中央社会保険医療協議会  
診療報酬基本問題小委員会(第131回)資料