



目的も計算方法も異なる医療計画の「基準病床数」と地域医療構想の「病床の必要量」

今号の「医療行政最前線」でお伝えしたように、医療計画の「基準病床数」と地域医療構想の「病床の必要量」の関係はどう考えるのかが議論になっています。ここで、両者を整理しておきましょう。

「基準病床数」は、一般病床と療養病床について「性別・年齢階級別の人口」や「退院率」（一般）、「入院・入所需要率」（療養）、「平均在院日数」（一般）、「病床利用率」などをベースに算出します。基準病床数を定める目的は、「病床過剰地域から非過剰地域へ病床を誘導し、地域偏在を是正する」ところにあるとされています。したがって、実際にある病床数（既存病床数）が基準病床を上まわる地域では、事実上、増床は認められません（保険指定がなされない）。

一方、「病床の必要量」は、「人口」、「入院受療率」、「病床利用率」などをベースに算出します。こちらは2025年にどの程度の病床が必要になるのかを、高度急性期、

急性期、回復期、慢性期の機能ごとに求め、「病院・病床の機能分化を進める」ことが目的です。別に行われる病床機能報告制度との違い（多くの地域では高度急性期、急性期病床が多く、回復期、慢性期病床が不足している）を踏まえ、機能分化に向けた議論が地域で行われることになっています。

このように、「基準病床数」と「病床の必要量」は目的も計算方法も異なるため必ず「差異」が出てきます。これをどう考えるかが、今後、厚生労働省の検討会などで議論されます。

ところで、地域医療構想においては、すでに各都道府県で策定論議が進んでおり、一部では策定が完了しています。

このため、厚生労働省は、「基準病床数を毎年見直す」ことや「基準病床数を超えた病床整備の特例」で対応したい考えです。

地域包括ケアにおける医療マネジメント 第③回

株式会社日本経営 大日方 光明

退院前カンファレンスの運用

前回までは、病院における退院調整のポイントを確認し、退院計画の策定までの流れを追ってきました。今回は、退院前カンファレンスについてのポイントを見てみましょう。同カンファレンスでは、疾患の経過と治療内容、予後予測、入院中の日常生活動作や服薬管理、栄養状態、精神状態などに関する介護系在宅スタッフとの情報共有から始まり、退院後の本人の希望、引き継ぐべき在宅での課題などへの対策立案が必要となります。その際、ハードルとなりやすいのが病院側スタッフと介護系在宅スタッフとの視点の相違です。筆者が過去に関与したケースでは、病院側スタッフが照準を「治療」に、介護系在宅スタッフ等は「生活支援」に当てたため、両者の議論に齟齬が生じ、情報の不足を招いた例がありました。

解決に向けては、①情報共有の方法論、書式等の共通

化、②地域の社会資源との接触機会を増やすこと、③チームとしての経験値を積むこと——などが挙げられます。①については、共通のシナリオにもとづいた退院前カンファレンスの司会進行、書式等の定式化により、確認・共有すべき情報に関して、ある程度のブレは防げるでしょう。これには「東京都退院支援マニュアル」等が参考になります。ただし短期的対策であり本質的には②、③の中長期の取り組みが重要です。

まずは、地域の社会資源について正確な情報（スタッフ数や施設基準、特徴等）を集めること、そして、実際に対面し、交流する場を積極的に持つことが求められます。地域の介護職の連携会議や交流会に病院スタッフが参加するケースはまだ珍しいですが、チームを育て成長させる発想のもと、こうした取り組みを行うことが、連携の質を高める第一歩です。