

「生活の場」に近い病床について（構成員からのご意見①）

<病床の在り方>

- 本来、病院は「生活の場」であるべきでなく、「生活の場」はなくすのが原則であることのコンセンサスが必要。そのコンセンサスの下、「生活の場」をなくすまでの間、有期限で例外的扱いとして病床をどう活用するかを議論すべき。【山本構成員】
- 基本的に有期限(2年)として、この病床に入る人は必ず、地域相談支援か介護支援の対象とする→市町村が面会して、認定調査を行う【岩上構成員】
- 有期限にしないと、「地域移行しない病床」という環境ができあがってしまうとますます退院はすすまない。【岩上構成員】
- 「生活の場に近い病床」というよりは、「地域移行促進病床(棟)」ということにし、期間設定のもと強力に地域移行を展開していく。【伊澤構成員】
- 「生活に近い病床」の対象者については、その対象者の基準(「重度かつ慢性」と同様に)を明確かつ限定的に定める必要がある。「重度かつ慢性」と同様に、しっかりとした根拠に基づく基準作り(同じように有識者による研究調査など)が必要なのではないか。【千葉構成員】
- 前述の研究調査に基づいて、さらに「どのような支援と対応」が必要とされるべきなのかを、手技や手法を普遍化するための構築作業(調査・研究)が不可欠なのではないか。【千葉構成員】
- 「生活の場に近い病床」と「重度かつ慢性」の病床が、同じ病棟に混在する場合の、人員基準や治療アプローチなど、どのように仕分けして対応することが可能なのか。また、それらの診療報酬上の区分はいかなる形が考えられるのか。そもそも現行の診療報酬の形態で対応が可能なのか。【千葉構成員】
- 長期慢性の病床を削減し、急性期・亜急性期(回復期)へのシフトを行うとして、医療課や中医協および財務省の了解や協力を取り付けることが、本当に出来るのか。現在の診療報酬収入を維持したまま、構造改革が行われなければ、大きな労働問題や企業活動維持の支障などに多大な影響をきたすことになる。【千葉構成員】

「生活の場」に近い病床について（構成員からのご意見②）

<必要な機能>

- 生活の場に近い病床を地域移行支援病床とする場合、その病床の対象となる患者が「重度かつ慢性」以外の長期入院患者であるのかなど、想定する患者像を明確にしておく必要がある【柏木構成員】
- 開放病棟・任意入院を絶対的条件とする。【柏木構成員】
- 医療で行う生活訓練は有期限で行い、期限終了時点の状態で「何とか(地域生活)する」という視点で行うべき。【柏木構成員】
- 入院を要する訓練と、入院を要しない地域で行うべき訓練を分けるべき。【山本構成員】
- 訓練を行うために退院が長引いてしまうことのないよう、個人ごとに退院プランを作り、退院までの期限とその間行うべき支援をあらかじめ決める仕組みを作るべき。【山本構成員】
- 福祉サービスで行う訓練と、医療で行う訓練との線引きが難しい。どこでするのがその訓練に有効なのかという連続性にたった議論が必要。【千葉構成員】
- 生活能力の向上を第一とする訓練はしない。するとしても、半年程度の有期限。【岩上構成員】
- 身体的なアセスメントを行う(その機能を充実させる。例えば、車いすになっているが本当に歩けないのか)→理学療法士の導入→リハビリ計画【岩上構成員】
- 疾病教育を行う【岩上構成員】
- 退院準備プログラムを地域機関と協力して行う(退院意欲の維持・向上を目標(能力の獲得は目標としない)・期間設定する・ピアサポートの導入・体験重視)【岩上構成員】
- 生活力を中心にしたアセスメントを院内だけでなく、外部社会資源の体験利用もしながら(無ければそれも確保しながら)行う。それに基づくマネジメントを外部機関も入れて行う。【伊澤構成員】

「生活の場」に近い病床について（構成員からのご意見③）

<職員の質の向上>

- 物理的な配慮と言うよりは、ベッドサイドで一番長く接している看護のスタッフに、その方の揺らぎや迷いに添って欲しい。そのためにはやはり、社会資源や地域生活支援に関する知識や情報を備えた上での関わりをお願いしたく、そのためのスタッフ研修なども必要。【伊澤構成員】
- 特定の研修を修了した者を配置する(加算する)【岩上構成員】
- 看護計画を開示する【岩上構成員】

<行政機関・地域の支援者等の関わり①>

- 長期入院で、「重度かつ慢性」となる人はどのような人か。その概念がとても気になるとともに、どの人にも退院に向けたアプローチを試みたいという思いが強い。そのために外部からの関わりを実施させていただきたいし、その関わりを受け入れる病院の協力を是非お願いしたい。【伊澤構成員】
- 面会自由【岩上構成員】
- この病床で患者の地域相談の利用期限を2年半とする。【岩上構成員】
- 実施に際してマンパワーを確保し支援体制を整えたい。外部からのアプローチと病院内部の「退院後環境整備相談員」(医療保護入院の限定解除も視野に入れた)の動きが合わさると、大きな展開が図れるだろうと思う。【伊澤構成員】
- さらにこの動きに、生保、保健所が連動すると大きな流れが作れると思う。担当ケースの入院後の後追い(定期訪問)と退院支援を行政の責任としても負わせるべき。(0425ヒアリング柳氏の問題提起)【伊澤構成員】
- 老健局が所管する「平成26年度都道府県医療介護連携調整支援実証事業(モデル事業)」における「退院支援ルール」(病院から退院する高齢者をケアマネジャーが引き継ぐ際の情報共有の方法をルール化する)を参考として、2次医療圏ごとに保健所、市町村、精神科病院、相談支援専門員、介護支援専門員等による会議を開催し、「退院支援ルール」の作成、地域連携クリニカルパスの作成を行うこととすべき。【柏木構成員】

「生活の場」に近い病床について（構成員からのご意見④）

<行政機関・地域の支援者等の関わり②>

- 病院内に外部の相談支援事業所等の出張所(拠点)を設置するなど、医療・福祉の密接な連携を可能とする仕組みを導入する。【柏木構成員】
- 「地域移行支援病床(病棟)」の従事者には、地域移行に関する外部研修(福祉事業所等での実習を含む)を義務付ける。【柏木構成員】

<財源等>

- 医療機関が地域移行支援を率先してすすめるという、イニシアティブをもてるような仕組み(財源含めて)が必要【岩上構成員】
- 地域側はその人材が不足している。相談支援事業所に地域相談の専門職加算や、専任加算をつくるなどの政策誘導が必要【岩上構成員】
- 「訓練」ではなく、情報提供の観点からの地域資源への同行、体験宿泊への同行等の診療報酬上の評価。【柏木構成員】
- 構造改革を行うためには、財源の確保が必須である。それを確保できなければ、改革や変化は不可能であり、これは国の責務である。【千葉構成員】
- 多くの従業者たちの生活や仕事内容変化の問題であり、労働問題の根幹に関わるという認識が必要である。理念や理想だけで、多くの国民を路頭に迷わせることは出来ない。【千葉構成員】

<その他>

- (経験として)過日東京西多摩(山間部)の比較的大規模な病院に転院して4年目の患者さん(67歳、男性)との出会いがあった。西多摩の病院の前に都内区部において38年の入院であり、通算で42年。もう退院は無理だと諦めていた。しかし昨年末GHのことについて学習会が外部からの提案で企画され、それに参加して、目からウロコ、自分もやってみようと思ったそう。しかし直ぐに意思表示できず、強い迷いのなかに身を置きながら半年余りの時間の経過を経て、今般ようやくPSWや医師に気持ちを伝えて、退院支援のスタッフ(当方)に紹介と言う流れができた。情報提供ときっかけを作る試みが奏功することを実感している。その方は現在東京都の独自事業である「GH活用型ショートステイ」の体験宿泊利用にエントリーされ、近々体験宿泊が始まり、アセスメントや暮らしの感覚の呼び覚ましを重ねながら、適したGHの割り出し、入所準備というマネジメントに向かう予定。こういう方はまだまだ沢山いらっしゃる(おそらく)、まだまだ実践を深めていく必要がある。イージーな施設整備で大事な機会を逃さないで欲しい。【伊澤構成員】