

27	<ul style="list-style-type: none"> ・キョアからケア、過不足ない医療と看護・介護、リハビリテーションにより、疾病や障害を持った方の病状悪化を防いできた。また、苦痛除去を中心とした終末期医療を行ってきた。この方向性がこれらの分類の中から充分に見えてこない。 ・JCS30 以上の意識障害の方には経管栄養、気管切開を行っている方も少なくない。JCS30 以上の方は医療区分 2 とすべきである。 ・「仮性球麻痺」の方は経口摂取が困難あるいは不能であり、経鼻経管栄養、胃瘻等を行うことも少なくない。しかも嚥下性肺炎等をしばしば起こす。このような「仮性球麻痺」の方は医療区分 3 にすべきである。 医療区分 2 の疾患・状態、医療区分 2 の医療処置が 3 つ以上ある場合は医療区分 3 として算定可能にしてほしい。
28	<ul style="list-style-type: none"> ・評価が点数に換算されるのであって、その重さづけに問題がある。 ・逆にいえば重さづけが適当でない感がある。 ・エビデンスから決めたとはいわれるが、シミュレーション等せず実施された感がある。 ・経営的にはソフトランディングが必要ではないだろうか。 ・受け皿の点を含めて要検討。
29	<ul style="list-style-type: none"> ・現場での大変さがきちんと評価されていない ・レセプト業務がかなり煩雑になった ・区分の項目で日数制限があると、同じ医療行為を行っているにもかかわらず点数が変わってしまい、family にも説明しづらい。
30	<ul style="list-style-type: none"> ・神経難病のリハビリは発症を問う事
31	<ul style="list-style-type: none"> ・高価薬品の品立てにしてほしい(例えばパーキンソン等)
32	<ul style="list-style-type: none"> ・現場での大変さがきちんと評価されていない ・レセプト業務がかなり煩雑になった ・区分の項目で日数制限があると、同じ医療行為を行っているにもかかわらず点数が変わってしまい、家族にも説明しづらい。 ・看護師が手をかけ一生懸命看護実践し患者が元気になると医療区分が下がり、手をかけず処置をした方は区分が上がるということは、患者の QDL の視点から考えてどうなのであろうか。医療処置の視点だけで医療区分されているのには疑問を感じる。
33	<ul style="list-style-type: none"> ・医療、看護、介護度 etc の評価が著しく低い
34	<ul style="list-style-type: none"> ・医療区分 1 の中に、医療区分 2、3 以上に手間のかかる患者がいる ・医療区分 2 の病態等が 2 項目以上あれば、医療区分 3 とするなど、重複してケア困難なものは医療区分 3 とすべき。
35	<ul style="list-style-type: none"> ・極めて繁雑である。 ・ADL 区分をはずすことにより、より簡潔になり、また医療療養病棟の役割が明確になると考える。
36	<ul style="list-style-type: none"> ・複数の疾患、病態がある場合の評価が必要(例、医療区分 2 の状態が 3 つある場合など)。 ・認知症の評価方法は医療区分 3 についても必要。
37	<ul style="list-style-type: none"> ・高齢者、超高齢者は複合疾患を有しており、そのために医療要求度が高くなる事が理解されていない。あまりに神経変性疾患が偏重されている。多くの場合、変性疾患は治療法が無いためかえって医療の要求度は低いはずである。 ・上記 2 点に関して、心不全、腎不全があり、こまめに体重測定しながら利尿剤、胃管メニューを調整しても区分 1 で、動きが悪いだけのパーキンソン病が区分 2 ですか。 ・循環器疾患の医療要求度の高さが反映されていない。高齢者の心筋梗塞亜急性期患者が急性期病院より区分 1 で送られて来て 10 日で死亡した例もある。最終 2 日間だけがモニター、酸素吸入で区分 3。
38	<ul style="list-style-type: none"> ・まずはじめに、認知症に対する評価が低すぎるのではと思いました。療養病棟入院中の高齢患者の 8 割は程度差こそありますが、認知症を認めており、認知症の区分を増やしていただきたいと思います。 医療区分 3、2。疾患、状態、医療処置について条件、表現を現場の状況と乖離するものを多く認めていること。また追加項目に記させていただいたように現場の医療度をもっと反映させる項目を医療区分 3、2 に増やしていただきたいことから不相当としました。 ・また病名(疾患名)につきましては、急性期医療との連携の中で今後、外科、整形外科などの病名を増やすべきだとのお考えからも不相当とさせていただきます。 ・複数疾患の合併を考慮していただきたい。(高齢者の医療の特徴であり、一人で複数の疾患を有している方が多い。例、NYHA-III の心不全で HJ 分類 W の COPD、このような場合あわせて区分 2 などのようにしていただきたい。) 1 週間では観察期間がみじかいです。再度増悪する場合もあり、2 週間程度の期間が必要です。(現行では毎日チェックの項目が多く、まるで急性期医療と変化無く、療養棟の医療の本来のよりそう医療が出来にくくなっています。 ・患者及び患者家族への理解のためにも新制度の国民の説明がもっとあるべきだったのでは。(これからでもよいから説明をすべきです)

39	<ul style="list-style-type: none"> ・医療区分2に心不全、脳梗塞がない。 ・感染症の区分2は一週間(の評価日数限度)は医療の切捨て。 ・重看護、重介護でも区分1が沢山有る。 ・区分3は救急病院の適応内容だ。 ・区分のエビデンスがない。 ・区分2と3の評価項目をもっと増すこと ・区分2に評価される疾患が2つ以上ある時は区分3へ
40	<ul style="list-style-type: none"> ・11 分類の疾病以外にも医療の必要性が感じられる。入院中の単なる感冒や感染性胃腸炎等で抗生剤は必要としなくとも高齢は常時より厳格は観察、処置を必要とすることが多い。又、喘息発作時も同様である。他に転倒、打撲については常に注意が必要であり、転倒、打撲を認めた患者では、レントゲン、消炎鎮痛、安静観察などの医療資源を通常費やす。 ・よって11分類のみでは必要性の充足はされていない。
41	<ul style="list-style-type: none"> ・患者の状態の変化が激しい場合、分類が困難な場合がある。また複雑で判断が難しいことが多い。 ・各医療区分の根拠はどのように開発されたのか知りたい。特に区分2においてはかなり解りづらい項目が多い。また日数等についてもどの様な根拠から示されたものか理解しがたい。 ・区分を今の3区分から少なくとも6区分程度に増やし、患者の状態を的確に反映出来る様にした方が良いのではないか。
42	<ul style="list-style-type: none"> ・療養病床の現場で限られたマンパワーと設備で、懸命に取り組んでいる病像に対して、医療度の評価が低いと思います。たとえば少しでも自力で摂食できる能力を活かしながら適宜適切な誘導、介助、吸引を要する多発性脳梗塞の状態は高齢患者に多くみられ、誤嚥、窒息リスクは次第に高まりますが、医療区分1にしかありません(ADL区分も2)。また、経管栄養の管理中、経鼻胃管が口腔でたわんだり、胃瘻ボタンのバルーンが破裂したり、あるいは患者が自己抜去したりという危険に対しては、頻回で細心な点検と迅速な対応を要しますが、これも医療区分1にしかありません。 ・患者、家族には、もっとわかりやすい形で示す必要がある。そもそも、このような調査は医療区分、ADL区分を決定する前に全国調査として実施し、それに基づいて区分決定をするべきである。あまりにも現場無視ではないか。
43	<ul style="list-style-type: none"> ・元々、点数しだいでは不適当な分類であるとしていた。 ・分類が適当であるか否かは当然診療報酬点数と分離して考えることができないと考えます。患者分類は様々な考えに基づいて、様々に行うことが出来ると考えます。今回出来上がった分類は詳細に調査されていて理論武装されているので不適当と指摘することが困難であると思います。その分類に対して直接収入となる点数を付けた時点でその点数の付け方に基準がない為に不適当を判断されていると思います。その主な理由は医療区分1が安い事が原因と考えます。さらに、医療区分1に多くの方が該当していると考えます。 ・医療区分の考え方で看護と介護の違いが定義されていない。看護は、医学的知識に基づいた、介助及び援助の事で有ると考えます。介護は、介助と看護の造語である。つまり、医学的知識は少なく、単にADLに対する介助又は援助を介護と呼ぶと考えます。 ・ADL区分で高得点の方、言い換えれば寝たきりに近い方には看護が、必要です。介護では悪化すると考えます。タイムスタディでどの程度の時間関わっているのかがわかったと思われませんが、その結果患者状態がどのように変化したのかはわからないと思います。看護が行われた人と介護が行われた人では有意な差があると思います。 ・つまり医療区分1かつADL区分2から3の方は、本来医学的知識に基づいた介助及び援助である看護が必要であって、介護ではありません。医療区分1かつADL区分1の方は介護で良いかもしれません。 ・医療区分である治療の必要度が医師の関わる時間と思われませんが、看護必要度が視点として入っていないために混乱している可能性があります。看護は、特別養護老人ホームや老人保健施設を見てわかるとおり、医師の指示の基で、のみ能力を発揮します。医師のいない所では能力を発揮し得ません。医療区分に看護必要度の視点を取り入れてください。
44	<ul style="list-style-type: none"> ・区分が低くても多くの医療を有する患者がいる。患者自身の様態より区分で提供する医療を決めてしまいそうだ。 ・ADL区分は3区分は少ないと思う。医療区分に関しては重症度が反映できるようにしてもらいたい。
45	<ul style="list-style-type: none"> ・医療区分3に肺炎治療等急性期治療が入るべきと考えます。 ・医療の必要な急性期を区分3にすべきだと思います。

46	<ul style="list-style-type: none"> ・日数要件のある項目について日数の制限が厳しすぎる、かつ、悪い状態が継続していても一定の日数しか算定できないが、悪化と改善を繰り返すことによって前者と比べてより多くの日数を算定できるという矛盾。 ・医療区分2または3に該当する項目がひとつであっても、複数であっても、同じ医療区分であれば評価は同じという矛盾。(当然、複数該当すれば手間、コストが増大する) ・医療区分1の状態でも、病棟スタッフにとって負担のかかる状態もある。(例)脳梗塞後遺症で寝たきりの状態、重度の意識障害があり経管栄養の患者。心不全などの内臓疾患があり、投薬治療が必要な患者、このような状態の患者が医療区分1というのは納得できない。 ・医療区分の分類方法が不適切である。 ・転落、転倒等の可能性が大きい患者は看護、介護ともに大変である。
47	<ul style="list-style-type: none"> ・脳血管障害、虚血心、肝疾患、慢性閉塞性肺疾患等の急性増悪を繰り返す対応の評価が無い。 ・療養病床なのに治療期間のしびりが有り、主治医の裁量が奪われている。 ・ADL1で認知症(中度から高度)で急性疾患を発生して、他科受診が必要となっても転院先が見つからず、やむなく加療せざるを得ない。これを医療区分2か3へすべき。 ・寝たきりにて認知症(中度から高度)で経管栄養、輸液ルート、バルーン管理等医療監視下にて精神的にも病状が安定化している評価がない。これを医療区分2か3へすべき。 ・医療区分1で介護度4、5が多く、在宅等受け入れが全くなく人手が掛かるが、この人件費が大変である。これを医療区分2にすべき。
48	<ul style="list-style-type: none"> ・ADLをもっと考慮した分類をしてほしい。 ・食事介助に於いて、嚥下がスムーズに行えず、時間がかかる患者について考慮して欲しい。
49	<ul style="list-style-type: none"> ・必要ないものと思われる患者様に対しても医療的配慮があった上で状態を維持しているため。
50	<ul style="list-style-type: none"> ・区分1に、本来区分2であるべき疾患が多く入っている。例えば、難病に指定されていない進行性神経疾患や高齢者の慢性心不全(区分3までではない状態)。多くの高齢の重身の患者、肺炎や尿路感染以外でCRP高値の患者など。 ・当院は療養病床のみであるが、外来患者の短期精査目的の入院等が区分1では出来ない。 ・ADL、処置、治療内容をポイント制にして合算し、区分評価する方法も考慮してはどうか。(特に高齢者) ・区分1の患者でも7日から10日程度の短期入院精査目的で区分2にしてもよいと思われる。
51	<ul style="list-style-type: none"> ・各種の昏睡(肝性昏睡、糖尿病性昏睡、脳卒中による昏睡、急性腎不全による昏睡など)が医療区分3に分類されていないのは病床から考えて納得がゆきません。
52	<ul style="list-style-type: none"> ・医療の必要性和ADLのみに限れば、そこから適応除外となる患者が多く出る、しかも、介護保険利用による在宅、施設入所困難な患者の場合、行き場がなくなる。
53	<ul style="list-style-type: none"> ・医療の必要性による区分は急性期治療を要する区分であり、一般病床で管理する項目ではないかと思う。一般病床と療養病床の機能区別が難しい。療養で医療的な療養を必要とする疾患(難病の指定をうけていない難病等)も入れてほしい。
54	<ul style="list-style-type: none"> ・各々の医療区分に対応するADL区分の区割りが等しいのはおかしい。 ・例えば、区分Ⅰに対するADL区分は4区分に、区分Ⅱに対するADL区分は3区分に、区分Ⅲに対するADL区分は2区分に。 ・又、認知機能障害は、医療区分Ⅰの全て、医療区分Ⅱの中等度以下のADL、医療区分Ⅲの軽度のADL患者に適用すべきではないか。
55	<ul style="list-style-type: none"> ・現状に満足している訳ではないが、最良の方策を提案することが出来ないため、おおむね妥当とした。しかし、医療区分2の項目を複数もっている患者あるいは経管栄養、吸痰、胃瘻や人工肛門の管理、インスリン投与等の医療を必要とする患者の入院区分がDまたはEとされる症例があることも事実である。 ・一般病床における超重症児加算のように各項目をスコア化して合計点数で入院区分が決定できる方法を構築できれば合併症を多く持った患者の区分が正当に評価されると考える。 ・また、医療区分2の28から30のせん妄、うつ、暴力の認知症状については医療というよりケアの要素がつよい。徘徊を含め認知症状の有無により加算の点数を考慮した方が妥当と考える。
56	<ul style="list-style-type: none"> ・全般的にみて、医療区分重視となっているのは医療療養病床として当然と思われるがADLの区分3のような患者では医療が必要となる病態が頻回に来る為、一旦来ると多くが致命的である中から医療が必要となる病態が頻回に来るようなADL区分3の入院基本料を今少しアップすべきと考える。
57	<ul style="list-style-type: none"> ・治療して良くなっている場合の評価が低い。
58	<ul style="list-style-type: none"> ・ADL区分の3が重症(寝たきり)すぎる。評価20点からADL区分3でいいのでは。
59	<ul style="list-style-type: none"> ・ADL区分による点数の差が少ない

60	<ul style="list-style-type: none"> ・適切で十分な治療を行った結果、医療区分が改善した場合等の評価がなされていない。 ・在宅への移行の為にリハビリ等の評価がなされていない。 ・ターミナルの患者の評価が不十分。
61	<p>・この分類では神経難病が中心になっているが、医療、ADL、認知機能の面からみた長期入院患者は脳血管障害、慢性心不全を疾病とする患者はるかに多い。ランキン分類、NYHA分類もあることだし、疾病にあげてほしい。</p>

自由回答記述あり 61 病院、自由回答記述なし 23 病院
合計 84 病院

4. 医療区分・ADL区分評価票について

図表 評価票の記入頻度、図表 評価票の改善点等(自由回答)

評価の頻度に関するコメント	
1	(評価の頻度は)患者の状態の変化にあわせて。これは作業上と負担となりえる。
2	(評価の頻度は)病態が一定であれば週1回か月1回日々。日々状態が変わるケースは毎日。
3	(評価の頻度は)1週間に1度で、その他患者の状態が変化した時。
4	基本的には、慢性疾患を医療区分し、慢性的な処置等を必要とする場合は医療区分を上げ、この場合は1から39(の評価項目)を、月毎に評価する。急性増悪した場合で、急性の処置等が必要な場合で療養病棟で行っている場合には、1~2週間の期限を切って、医療区分を上げる。この場合は1~2週毎の評価を必要とするという案はどうか。
5	改善点、悪化時はそのつど記録とし、それ以外変化のないものに関しては、これくらいの頻度で良いと思われる。
6	療養病床においてはADLの変化はそう毎日起こるものではないことから、評価記載も変化があった時で十分と思われる。
7	新区分の施行に伴い、各種の記録物が増加した。それにより、記録に要する時間が増え、看護、介護への時間配分が相対的に減り、本末転倒の現象となっている。したがって記入の頻度は出来るだけ簡素なものにしてほしい。
8	リハビリ評価は早期リハビリで1ヶ月目、3ヶ月、6ヶ月目となっているが、それに合わせてADL区分もチェックして良いのではないか。
9	患者様の身体状況は、経時的に変化してゆきます。1日単位の評価が必要と思います。
10	数日又は数週間それなりの処置を、改善するまで施行しているのに毎日の評価は無意味であり、まして本日で一応改善したからといって次の日は、それまでの看護、観察を中止するものでもなく継続しているものであり、また、状態は即時的な見方ではなくもう少し大局的にみている必要があるものが医療ではないであろうか。
11	(評価の頻度は)患者の状態が変化、患者の病態、患者への処置の変化(に応じて)。
12	評価表は極めて良く出来ているがADL区分評価は1週1回程度で良いのではないのでしょうか。
13	週1回であれば現在ののもので良い。区分が変わった時は適宜変更するはずである。
14	評価が毎日は繁雑すぎる。(ADLは2週間に1回、医療区分は2、3日に1回)
評価に要する作業量に関するコメント	
15	慢性期入院医療の包括評価の導入により、医師や看護師は評価票の記入、患者又はその家族に対する定期的な書面作成、交付、説明義務などといった事務的業務、作業に多くの時間を費やし負担過重となり、医療従事者に慢性的な疲労をことさら強いるような施策に見えてならない。
16	人的コストのかかり過ぎ。
17	評価表の記入の作業に時間がとられすぎる。
18	病棟スタッフを出来るだけベッドサイドにつけたいが、現行では各種記録の為の事務量が多すぎる。
評価票のつくりに関するコメント	
19	ADL評価については合計得点(0から24)と書いてあるのだが、認知機能障害評価は得点幅が記載されていない。記載があった方がよい。
20	できるだけ簡単にわかりやすく。
21	記入も早く解りやすい評価票の改善を望む。
22	一週間単位で、大きい字で、見やすくしてほしい。
23	ADLをもっと考慮した評価表にしてほしい。
24	評価票が小さすぎる。
25	現在の記述は極めて繁雑。患者、家族に対しても参照のしようがないと思われる。

その他(複合的コメント)	
26	<p>患者および家族に提示する文章であるのでシンプルで、1枚に納まる必要がある。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.区分3の1(スモン)、区分2の10(筋ジストロフィー)から14(その他の神経難病)は神経難病の1つの項目まとる。 2.区分2の21(創感染)、36(皮膚の潰瘍のケア)から39(足のケア[開放創、蜂巣炎・膿等の感染症)は創傷処置が必要な状態の1つにまとめる。 3.区分2の28から30(せん妄の兆候、うつ状態、暴行が毎日みられる状態)、は前述したようにケアの要素が大きいためで徘徊を含め認知症状の有無により加算点数で評価したほうがよい。
27	<p>分類が多すぎ、また条件も理解しづらい点がみられるため、正確に判断することが難しい。もう少し明確かつ簡易的な評価法の導入を強く望みます。</p>

(合計 27 病院が自由回答)

5. 医療療養病床の役割について

図表 療養病床への入院対象(自由回答)

医療療養病床への入院対象患者像についてのコメント	
1	医療度は安定期にあり治療が少ない患者
	常に目の離せない問題行動の多い患者
	歩ける認知症でない患者
2	介護力の不足により、適切な医療処置が行えない患者(独居高齢者等)
3	「6.終末期ケアを要する患者」で、家族との話し合いで妥協が成立した場合
4	慢性呼吸不全、人口呼吸管理の患者
5	上記(1～10の選択肢)すべてが入院対象となり得ると考えます。ただし療養病床と他の介護施設との密な連携が前提となります。入院退院を点数評価すべきと考えます。特に自宅への退院は点数で高い評価をすべきであると考えます。
6	「1.急性期一般病棟での治療後の受け皿を必要としている患者」、「2.在宅での療養が一時的に困難になった際の受け皿を必要としている患者」、「6.終末期ケアを要する患者」は一概に医療療養病床へとは言い切れない。本人、家族が積極的に加療を望むかによっても、また、病状によっても一般病棟の方が適している場合が多いからである。医療療養病床は社会的入院を除き、落ち着いてはいるが、常に看護を必要とする又は、急変とまでは行かないが、悪化する可能性があり、医療従事者でないと対応困難である患者さんを受け入れるものとする。
7	医療療養病床は、比較的症状が安定しているが、中から高度の医療を要する患者に適応するものと思います。
8	亜急性期の状態は無条件で入院対象。脳血管疾患、心疾患等で寝たきり状態になった方。腎疾患、内分泌疾患で慢性期であるが、コントロールの必要な方。
9	なんらかの継続的または長期的医療が必要な慢性疾患を患う患者 在宅治療の継続が困難な患者や定期的に医療処置、検査などの医療が必要な患者
10	軽度の認知症でも陽性症状が強く、在宅困難な患者
11	「1.急性期一般病棟での治療後の受け皿を必要としている患者」、「2.在宅での療養が一時的に困難になった際の受け皿を必要としている患者」、「3.介護保健施設での療養が一時的に困難になった際の受け皿を必要としている患者」の3点に集約していただくのが妥当と思われます。
12	重度の要介護量(痴呆を含む)を持つため施設入所が困難となっている患者(医療区分3など)
	経口摂取は食物型体をかえれば可能だが常に肺炎(誤嚥性肺炎)などのリスク管理が必要な嚥下障害の患者
	医療区分2,3に追加していただきたい項目にあげさせていただきました疾患、状態、処置(意識障害、終末期、四肢麻痺、幻覚、腹水、胸水、胃瘻、抗癌剤投与)などを繰り返すため施設、在宅に送ることが出来ない患者
	大声、暴言などのBPSDが残り、施設入所が困難な認知症
	インシュリン頻回投与が必要で、自己管理出来ない高齢独居の患者(施設もいやがります)
13	進行性の病態で医療依存度が漸増する患者。
14	十分な医療とリハビリを行っても改善できない方(脊髄損傷やALS)で、今後もその体制が必要な人を長期間診る事も療養病床の機能であると考えます。
15	急性期病院を補充すべくもう少し広く入院対象をとらえても良いのではないかと思います。(特に田舎の高齢化地域では)
16	医療度が高くADLが中等度以下で、認知障害のない患者。病院と施設の役割分担を明確にする必要がある。
17	感染症を反復して発症される医療監視が必要な患者

医療療養病床の役割に関するコメント	
18	急性期一般病棟での治療後、在宅への復帰を支援するための病棟
19	急性期病院や老人保健施設、特別養護老人ホームの役割がはっきりしていなければ、役割を決めることが難しい。あえて決めるとすれば、急性期病院と在宅を結ぶ中間施設が最も適当な役割と考えます。本来は老人保健施設が担うべきとされていた役割だと思います。老人保健施設が中間施設として機能しない理由は、医療、看護、リハビリ、ソーシャルワークが少なすぎる(つまり全て少ない)ためであると考えます。 中間施設として機能するためには十分な医療と看護とリハビリが必要です。ケースワークが十分に行える必要があります。医療区分や ADL 区分が改善すると点数が下がってしまうため、改善する努力を妨げていると思います。急性期病院から転院すると、医療に対する資源(検査も人も薬剤も)が急激に減少する。その差があまりにも大きいので、地域医療連携を行うにも急性期から見て療養型への不満が多く、療養型から見て急性期に対する不満も大きい。回復期リハビリ病棟は、高齢者には期間が短くて十分な改善が得られない。
20	介護難民が出ない様な役割があつて良いと思う。急変の可能性のある患者は現時点では医療区分が 1 に担当するケースが多く、満足な受け入れができない。区分 1 の点数が低すぎる。1 度入院してしまうと支払負担が少ないので患者が退院せず、病院の経済的負担が大きい。
その他のコメント	
21	現在の医療区分 3 に相当して不安定な症状となる場合は一般病床での治療が適しております。 今日の改定で医療病床は、常時満床に近い状態となっており、今後受け入れに苦勞すると思います。
22	医師、看護職員、コメディカルを配置し、24 時間 365 日入院患者だけでなく外来を含めて地域の医療ニーズに対応している病院の人員配置でさえ、入院患者を看るのは厳しい状況である。 医療区分 1 の患者の受け皿として病院より人員配置が緩和されている介護老人保健施設や、看護資格を持つ職員が少ない介護老人福祉施設が議論されている。しかし療養病床の代わりにその様な施設で患者への対応ができるのか疑問である。
23	国の老人医療対策について。全国に 38 万床もの療養病床を作らせ、今になって 15 万床に減らすというのは、国、厚労省の失政であり、地域医療、高齢者の切り捨てに他ならない。医療費削減の為に、急性期の高額医療費(特に外国製の医療材料等)の減額に努力すべきであると考えます。
24	療養型から転院の受け皿なし。 老健で薬を中止し悪化した例を聞いている。老健へ入れないとのこと(高い薬と老健入所の関係を確認していただきたい)
25	療養病床の担っていたニーズは、在宅(施設も含め)ではまかないきれなくなるであろう。ツケは必ず国民に回されると思われる。
26	終末期ケアを要する患者では患者本人や家族に対する精神的ケアに要する時間が多く、療養病床の人員配置では限界がある。
27	終末期ケアを要する場合、本人のみではなくその家族に対する精神的ケアに要する時間が多く、現在の療養病床の人員配置では対応困難な部分がある。
28	在宅での療養生活のために必要な訓練、指導等を十二分に行うための専用の病棟及び診療制度等を新しく創設して欲しい。また今後増えるであろうこの様な患者さん達の一時的な入院は重要であると思うし、療養病棟が患者さんに安心して頼られる制度の一つとして、今後も継続して役割を担う必要がある。
29	患者様の環境、例えば家族構成等で在宅での看護、介護が不能、また介護人不足の問題や、患者様がいくつ疾病を重なって持っているか等、様々な要因によって医療とのかかわりは変わってくると思う。
30	当院は脳疾患系の急性期治療として地域の救急対応を行っている(年 700 件程度)。療養病棟には、救急搬送されて 14 日間に転棟し、その後のリハビリテーションを行う体制をとっていた。脳障害がおこり、その後のその人の生活を考えると早期に治療をして地域の病院と連携したり、在宅に移行するには、急性期 14 日間で行うには無理がある。地域の医療機関、回復期リハなど、在宅サービス期間との連携も密に行っているが、不必要な転院にもつながるのではないかと。 短期間で安心して在宅生活ができるよう、早期の治療とリハビリテーションが行える体制がほしい。(回復期リハへの転院等疑問)療養病床でのリハビリテーション期間をもう少し延ばして、在宅につながるよう考えてほしい。地域の特性(鹿児島県の孤島であり、医師等確保しにくい)でリハビリ科の医師の確保が難しい為、回復期リハビリテーション病床にできない現状もあるので、そのような特性も考慮してほしい(地域全体にリハ医が少ない)

31	<p>社会的入院を廃絶し、在宅医療を推進するとの方針には賛成である。しかし、家庭に介護人が常時いることが不可能な患者が重度の意識障害があり、経管栄養、頻回の吸痰、インスリン注射等の医師または看護師にしか認められない医療処置が必要な場合は日に数回の訪問看護と介護だけでは管理困難である。また、この様な患者は看護師の少ない介護施設では受け付けてもらえないことが多い。</p>
	<p>今回の改訂で入院区分DとEの患者は社会的入院と判断されたと考えます。これらの患者の多くが在宅へ移行した場合、介護を担う家族が疲れてしまい、介護自殺または介護殺人をおこすことが危惧されます。早急に介護施設を整備するとともに、医療区分の見直し、施設医療の基準を決定することが必要と考えます。</p>
32	<p>核家族化がすすんだために、家庭に帰したくても受け入れて戻れない人が多い。また伴侶がすでに亡く、どこにも受け皿がない人に強制退院はできない。</p>

(一部コメント内容を分割、合計 28 病院が自由回答)