

3. 患者分類(11分類)に対する評価について

図表 患者分類(11分類)に対する評価が不適当な理由(自由回答、順不同)

番号	記述
1	<ul style="list-style-type: none"> ・体内出血・消化管出血は慢性期ではなく早急に急性期病院へ移すべきと考える ・医療を必要とする慢性疾患が対象と思われるが、評価区分は慢性疾患、急性増悪を対象にしているように思われる。本件は慢性疾患を医療区分し急性増悪して必要な処置をした場合、医療区分で上げることができるとしたほうがよいのでは。 ・但し1~2週間の限度でそれ以上悪化したり、長期化した場合は一般病院に転院を検討すべきではないか。
2	<ul style="list-style-type: none"> ・施設でもみられないような患者も医療区分1になってしまう。 ・胃瘻のはいっている患者が医療区分1ではおかしい。 ・状態が改善すれば点数が下がってしまうので、入院患者をよくしてあげようとする意欲が低下するのではないか。かえって点滴や酸素吸入したままでねかせきりの人が増えるのではないか。 ・医療区分3で重症の人は人員配置上(特に夜間)、当該病棟での対応は困難である。
3	<ul style="list-style-type: none"> ・悪性腫瘍患者に使用する薬剤投与による疼痛コントロールについて、薬剤が第2段階以上のものとの限定がある事が、不適当と思われる。 ・疼痛の緩和目的には、使用する患者の状態によって医師の判断の下投与されることであり、薬剤のみで疼痛が緩和されるものではないと考え、薬剤の限定については排除する必要がある。 ・ADL区分が11点前後であっても、重度の認知症状により徘徊による転倒の危険、ベッド、車イスからの転落の危険等から24時間の管理を行っている場合の評価については、ADL区分upに反映されていない。
4	<ul style="list-style-type: none"> ・医療区分1は、施設で管理可能な病状と理解されるが、意識障害、経管栄養、喀痰吸引(7回/日以下)の病状の患者は、老人保健施設での管理では、肺炎発症のリスクが高くなる。医療区分1の再検討が必要であると考えます。具体的には、上記の3つの症状は区分2と判断すべきと考えます。
5	<p>日々評価が変わるのは手間がかかり、面倒である。少なくとも1ヶ月単位の評価であるべきと考える。</p>
6	<ul style="list-style-type: none"> ・医療度の多寡は疾患と1対1対応するとは限らないため、疾患とその状態像をポイント化し、その合計ポイントにて医療区分を決定する制度としてはどうか。高齢者の場合、合併症が多く、複数の疾患をもっているために総合的には医療度が高くなっている。 ・歯科衛生士による口腔ケアは点数がカットされているが、肺炎予防は有効であり、点数を認めるべきである。長期入院、入所こそ口腔ケアが必要である。 ・リハビリテーションの日数制限に関しては全廃すべきである。
7	<ul style="list-style-type: none"> ・疾患名と状態像が混在しているが、区分は状態像と医療処置に基づいて行うべきである。
8	<ul style="list-style-type: none"> ・もう少し簡単な方が良い。例えば2から3分類くらい少ない方が良い。
9	<ul style="list-style-type: none"> ・煩雑な事務处理的な業務が増え、本来の診療やケアに支障がでている。制度について職員に説明すると、手間がかかっているのに評価点数が低い、点数と手間が一致していない、などの意見が噴出し、職員のケアにかかわる士気の低下が感じられる。管理者としても、業務は増えるのに、給付点数は減少する現実には容認できるものではない。 ・出来高から包括へ移行する流れはやむなく受け入れるとしても、診療業務に見合った評価は絶対に必要である。 ・医療必要度に応じて点数を配分するという考え方自体は現場でも納得できる。しかしながら、どのような疾患や病態に手厚い給付を行うかについてはもっと議論があつてしかるべきである。医療=投薬、注射、処置では決してないが、反面、高血圧、心不全、内分泌また慢性消火器、肝疾患等で投薬や注射、処置が長期にわたって必要な疾患、病態も多々ある。このような患者さんが、ADLが良いからといって包括点数が低く評価されることには耐えられない。 ・今回のADL区分は非常に煩雑な評価法となっており、またその他にもBarthelIndexやFIM記載が求められるなど、過大に複雑かつ手間をとらせる手法である。従来ADLの指標としては障害老人の生活自立度判定基準が使用されており主治医意見書等公的にも利用されるなど一般にも浸透している。またBIもFIMもリハビリ評価法として定着しつつあると思われることから、ADL点数にかえて、障害老人の生活自立度判定基準またはBI/FIMを用いてはどうか。また、特に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つた時で十分と思われる。
10	<ul style="list-style-type: none"> ・内科的疾患(肝硬変、胆癌、心不全等)の終末期ケアの具体性が乏しく、あてはまる項目がほとんどない。 ・中等度の認知症が認められる場合は、管理、人手を要するため、すべての分類において評価すべき。
11	<ul style="list-style-type: none"> ・癌以外の内科疾患のあてはまる項目がなく、例えば、心不全、肝硬変末期等の内科的疾患の終末期に対するケアが含まれておらず、分類が乏しい。

12	<ul style="list-style-type: none"> ・細分しすぎ。 ・急性期病床であっても、基礎疾患のみならず、ADL、認知度によって看護量は変わるべきだが、どうして療養病床のみにこんなに分類が必要なのでしょうか。 ・療養病棟入院患者の基礎疾患は、全く関係がないような分類。 ・今回設定された、医療区分、ADL区分評価に基づく点類設定について、厚労省から原価計算(人員の配置、人件費、診療材料費等)を示していただけると、医療機関の納得が得られるものと思います。 ・ADL区分1と2で、医療区分1の764点という評価は、結局はこの区分の患者は入院が適応でないと言っていることを広人国民にも周知すべき事項かと思えます。
13	<ul style="list-style-type: none"> ・医療区分3の疾患、状態、医療処置は療養病棟での看護職員の配置数では困難なことと思われる。
14	<ul style="list-style-type: none"> ・現状の分類では、看護師や医師の負担を反脱されているとはいえない。 ・区分1の人は受け入れが難しくなるが、その人達の受け皿がない状態であり、行き場のない人が増える。 ・療養型の病床の役割として、在宅及び老健等への入所が困難な人を受け入れる役目もあると思うので、老健の入所が難しい人に対しては区分が上がるようなシステムが望ましい。
15	<ul style="list-style-type: none"> ・不適當どころではなく全く大いに不適當です。区分の3は、包括とか慢性期とかの問題以前でほとんどICUに近いものが多い、一般病棟でもおかしいと思われる項目ばかりである。区分2にしても慢性期として扱えない項目多数あり。これらにかかる処置等は一般病棟以上の経費、人力を要する部分もあるが、ICUではない。今回の改正はあまりにも急激、極端、不合理、不当過ぎると思えます。こうするならば、これに見合うそれ相応の評価(報酬)が必要。特殊疾患入院施設管理加算はいずれにしろ必要。
16	<ul style="list-style-type: none"> ・認知機能障害が部分的にしか考慮されておらず、その適用の視点が中途半端である。医療区分の行い方が、病名基準があつたり処置基準があつたりと混在していて区分しようとする意図がよくわからない。
17	<ul style="list-style-type: none"> ・ADL区分の項目に補正を加えるべきと思われる。ADLの点数配分の再検討18以上をADL3にすべき。
18	<ul style="list-style-type: none"> ・重度の脳梗塞患者が区分1にしか該当しないのが問題である。区分2以上にすることを希望する。
19	<ul style="list-style-type: none"> ・医療区分3、ADL区分3の計9区分について、それぞれの点数を設定すべきである。
20	<ul style="list-style-type: none"> ・日数制限項目について、年齢や体力により改善にも個人差が有ります。再検討願いたい。 ・現評価では積極的に治療し改善したら点数ダウン。点数だけを考えた場合、両期間を長くしたほうが得と言う。医者本来の?責に反する設定と思える。
21	<ul style="list-style-type: none"> ・医療区分が病態や合併症などを無視したケアタイムで分類されており、診療内容の実績や医療費の実績に見合うものでないから。 ・医療区分2及び3に挙げられている疾患名は主として特殊疾患入院施設管理加算に対応するものを挙げているだけである。一方、医療の必要度が高い心不全、腎不全、肝不全などの慢性的内臓疾患やそれらの合併症、さらに疼痛コントロールをされていない癌などには対応していない。 ・急性期入院医療の包括評価であるDPCは導入に当たり、数年間の研究、試行錯誤、改善、評価を行いながらも本格導入には入っていない。しかし慢性期入院医療の包括評価の医療区分、ADL区分による細分化に関してはいきなりの導入とは如何なものか。混乱している医療現場を直視して欲しい。
22	<ul style="list-style-type: none"> ・医療区分1の点数が低すぎる。ぜひ改善してほしい。
23	<ul style="list-style-type: none"> ・医療区分が日ごとに変化するあるいは限定日数による医療区分は、きわめて不適當である。 ・医療療養病床から、維持期リハビリテーションを除外したことは、大いなる間違いと思う。
24	<ul style="list-style-type: none"> ・医療区分1の診療報酬は老健施設に要介護1で入所したときよりさらに低い1日当たり7640円となり30パーセント以上も減額となる。これでは病院経営は明らかに困難となります。医療区分1の中には経管栄養をしている患者や、喀痰の吸引処置を頻回に行っている患者で手間のかかる患者に関して診療報酬が余りにも安すぎる。褥瘡処置で入所し、療養病床で治癒した場合、医療区分が低くなることは不自然ではないかと思う。 ・医療区分1の診療報酬は老健施設に要介護1で入所している人よりさらに低い1日当たり7640円となり30パーセント以上の減額となり、これでは経営は困難である。医療区分1、ADL区分1と医療区分3、ADL区分1の人については診療報酬は前者が764点、後者は1740点で約2、3倍の差の違いがあり、決め方も問題あると思われ、改善を。
25	<ul style="list-style-type: none"> ・不穩、せん妄、頻回の吸痰などの高密度のケアを必要とする患者さんの区分が低過ぎる。
26	<ul style="list-style-type: none"> ・医療区分3の中に、TPNや24時間持続点滴が入っているが、現実的ではない。 ・医療区分2の中に脊損が入っているが、脳疾患で四肢麻痺が入っていない。 ・ADL区分の差があまり感じられない(点数的に)。

27	<ul style="list-style-type: none"> ・キユアからケア、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、動きが悪いた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適当としました。 ・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考えからも不適当とさせていただきました。 ・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ぼりが有り、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みつからず、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於い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。 ・当院は療養病棟のみであるが、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(難病の指定を受けていない難病等)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患者に適応すべきではないか。
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で、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。 ・在宅への移行の為の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 21 病院
合計 82 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と。
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、状態は即日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たえ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> <p>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つの項目まとめる。</p> <p>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。</p> <p>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のの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。</p>

(合計 26 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、医療従事者でないに対応困難である患者さんを受け入れるものと考えます。
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	<p>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)</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>大声、暴言などのBPSDが残り、施設入所が困難な認知症</p> <p>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)</p>
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う。(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。急変の可能性がある患者は現時点では医療区分が1に担当する場合が多く、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われ、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	<p>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。</p>
	<p>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)</p>
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、このよう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)