

II 3.1	日常の意思決定を行うための認知能力:限定的な自立	1	自立でない以外は区分2以上、特に問題行動。
II 3.2	日常の意思決定を行うための認知能力:軽度の障害	1	自立でない以外は区分2以上、特に問題行動。
II 3.3	日常の意思決定を行うための認知能力:中程度の障害	2	①。認知症で投薬を受けている状態、または高度の認知症(認知症老人の日常生活自立度Ⅲ以上)。②自立でない以外は区分2以上、特に問題行動。
II 3.4	日常の意思決定を行うための認知能力:重度の障害	3	①認知症で投薬を受けている状態、または高度の認知症(認知症老人の日常生活自立度Ⅲ以上)。②自立でない以外は区分2以上、特に問題行動。③認知症状が強い寝たきりの患者。
II 4	せん妄の兆候・混乱した思考・意識	2	①せん妄(意識障害)の症型は区分2とすべし(軽、中症)。②せん妄の診断を確定したもので30日以内。
III 1.4	コミュニケーション:(自分を)ほとんどまたはまったく理解させることができない	1	重度のコミュニケーション障害。
IV 2	問題行動	1	徘徊など問題行動がはげしい状態。
IV 2.a	徘徊	3	①徘徊行動が著しい場合は24時間の監視必要。②問題行動、徘徊者、ナースコール頻回。
IV 2.b	暴言	1	
IV 2.c	暴力	1	
IV 2.d	社会的に不適切な行為。騒々しい、叫ぶ、自傷行為、性的行動がある	1	
IV 2.e	ケアに対する抵抗。服薬、食事の拒否	1	
V 1	ADL 自立度	2	①寝たきりで感染症をくり返すもの。②自立でない以外は区分2以上、特に問題行動。
VI 1.a	糖尿病	2	慢性内分泌疾患にて治療を行っている状態。
VI 1.b	不整脈	2	慢性心疾患にて治療を行っている状態。
VI 1.c	うっ血性心不全	4	①慢性心疾患にて治療を行っている状態。②心不全の治療の評価を行ってほしい。
VI 1.d	急性心不全	3	心不全の治療の評価を行ってほしい。
VI 1.e	慢性心不全	8	心不全(NYHAⅢ度以上)。
VI 1.f	高血圧症	4	①高(低)血圧症にて治療を行っている状態。②高血圧、高脂血症等で内服薬を調節している患者に対する評価(長期に同じ薬を飲んでいる人の差別化)。
VI 1.g	虚血性心疾患	3	①心筋梗塞発症3ヶ月以内。②頻繁に医療対応が必要なものの。
VI 1.h	大腿骨頸部骨折	1	
VI 1.i	脊椎圧迫骨折	2	
VI 1.j	その他の骨折	1	
VI 1.k	関節リウマチ	1	
VI 1.l	アルツハイマー病	2	嚥下障害、歩行障害をともなうアルツハイマー型認知症。
VI 1.m	失語症	2	全失語症
VI 1.o	脳梗塞	2	①脳梗塞については発症後150日から180日以内とする。脳梗塞(重度)は区分2へ。②脳血管障害で難病に準ずる症状を呈する患者。
VI 1.p	脳出血	1	脳血管障害で難病に準ずる症状を呈する患者。
VI 1.q	アルツハイマー病以外の認知症	1	嚥下障害、歩行障害をともなうひまん性レビー少体病。
VI 1.r	片側不全麻痺・片麻痺	2	
VI 1.t	パーキンソン病関連疾患	1	
VI 1.u	四肢麻痺	1	頸椎損傷以外の四肢麻痺
VI 1.v	仮性球麻痺	8	①仮性球麻痺を呈する病態。②複合疾患を有する仮性球麻痺。③嚥下障害があり、観察、訓練の必要なもの。食事介助が必要なもの。
VI 1.aa	喘息	3	①気管支喘息発作(軽症)。酸素吸入を必要としない気管支

			喘息の発作。②入院治療を要するもの。③COPD だけでなく拘束性呼吸不全にも配慮する必要がある。医療区分 2 の 17 に追加する。
VI1.ab	肺気腫・慢性閉塞性肺疾患	4	①HughJonesIV。②拘束性肺疾患で動脈血酸素飽和度が 90 パーセント以下。③慢性呼吸不全 (HughJones 分類 IV、V) の状態。COPD だけでなく拘束性呼吸不全にも配慮する必要がある。医療区分 2 の 17 に追加する。
VI1.ac	がん (悪性腫瘍)	6	①進行癌は、すべて医療区分 2 にすべき。②疼痛コントロールを行わない場合。③投薬処置を行っているもの。④疼痛以外のケア。⑤他臓器転移を伴った終末期 (余命 6 ヶ月以内)。医療区分 2 の 20 に追加。
VI1.ad	腸閉塞	2	推定 Cr が 20ml/min 以下で薬剤処方の制限、頻回な調節 (単純クレアチニン値は高齢者では無意味である)。
VI1.ae	腎不全	6	①慢性腎疾患にて治療を行っている状態。②腎性貧血を伴う腎不全患者 (透析一歩手前)。③クレアチニン 2.0mg/dl 以上。④慢性腎不全 (クレアチニン 5 ミリグラム以上) の状態。
VI1.af	肝不全	6	①慢性肝疾患にて治療を行っている状態。②肝性脳症または腹水を伴うもの。③腹水、脳症を伴う非代償性肝硬変症。
VI1 新規	高アンモニア血症、肝性脳症を伴う肝硬変患者	1	
VI1 新規	輸血が必要な重症貧血患者	1	
VI1 新規	他科受診が必要となる病態	1	
VI1 新規	対麻痺	1	
VI1 新規	止血機能低下を伴う肝機能障害	1	
VI1 新規	ミトコンドリア筋脳症など進行性神経疾患 (難病指定以外のもの)	1	
VI1 新規	てんかん発作急性期患者 (区分 3 に入らぬ症例)	1	
VI2	感染症	8	①寝たきりで感染症をくり返すもの。②肺炎 (画像診断による) 以外の感染症、急性気管支炎、胆のう炎等では、抗生剤投与や輸液の必要があるが現在の区分にはあてはまらない。③肺炎、尿路感染症以外の感染症の項目がない (胆のう炎、髄膜炎等)。④肺炎、尿路感染症以外の感染症⑤発熱を伴う種々の感染症 (38 度以上)。⑥感染症 (耳下腺炎膿瘍などによる) に関する評価がほしい。⑦肝炎、腎炎等を治療中
VI2.a	抗生物質耐性菌感染	1	MRSA 感染のため隔離室で管理している患者。
VI2.c	肺炎	1	肺炎 (軽、中症) は区分 2 とすべし。
VI2.d	上気道感染	2	①咽頭炎、気管支炎 (重症)。肺炎には至らないが高熱を伴い、治療が必要な場合。②高齢者では肺炎以外にも CRP 高値で要治療の患者が多い (気管支炎や偽痛風、リウマチ性多発筋痛症など)。例えば CRP10mg/dl 以上の状態とするなど。
VI2.j	急性胆嚢炎	1	急性、慢性胆嚢炎。絶食にしない場合。
VII1.c	発熱	2	①全般に渡り、発熱症状あり、治療の必要な患者。(胃瘻、全失語症、低栄養、重度片麻痺)。②その治療中。
VII1.d	幻覚	1	
VII1.g	胸水	1	
VII1.h	腹水	2	
VIII1.新規	けいれん発作、一過性意識障害	1	
VIII1.新規	偽痛風、リウマチ性多発筋痛症など	1	高齢者では肺炎以外にも CRP 高値で要治療の患者が多い。例えば CRP10mg/dl 以上の状態とするなど。
VIII1.新規	ヘモグロビン 8g/dl 未満の貧血	1	
VIII1.0	過去 30 日間に 5% 以上の体重減少、または過去 180 日間で 10% 以上の体重減少があった	3	①低栄養。②栄養状態で高度の栄養障害を伴うもの。栄養評価の方法が不適切。③栄養ケアを要する病態。
VIII2.a	中心静脈栄養	1	

VIII2.b	末梢静脈栄養	2	終末期以外の一時的なもの。
VIII2.c	経管栄養	19	①意識障害があり経管栄養の状態。②(経鼻、胃瘻など)ADL23点以上の胃瘻造設者については、発熱がなくとも常に医療を必要とする状態と考えられ、医療区分2に追加すべき。③発熱がなくとも、経管栄養の場合は観察、処置に伴い人手を要する。④胃瘻カテーテル等患者が抜去して、容易に再挿入出来なかった様なケース。⑤胃瘻。⑥寝たきり状態の患者で、経管または胃瘻栄養を行っている患者。⑦経管、胃瘻チューブ等交換を行った日。⑧発熱、嘔吐がなくとも。⑨経管栄養をしていて吸痰処置を必要とする場合。⑩経管栄養、胃瘻で下痢に対しての治療。⑪経管栄養、輸液ルート、バルーン処置等再三自ら抜去。⑫経鼻経管、胃瘻、腸ろうからの栄養摂取(医学的管理が必要)。医療区分2の32を改変する。
IX3.d	発疹	2	①発疹のある疾患。②カイセン症。
IX	皮膚の状態	1	足以外の蜂巣炎
X I 1.1	維持的リハビリテーションが必要な状態	6	①維持期リハビリテーションを行っている状態。②91日から180日以下。③機能維持のためのリハビリが必要な患者。④90日以下のリハビリテーション。④180日以下。30日では困難。回復期リハなみに90から180日にしてほしい。(回復期をとらない病院もあります)
X I 1.2	積極的リハビリテーションが必要な状態	3	①医療区分2の22を改変する。②91日から180日以下。③90日以下のリハビリテーション。
X I 3.a	関節可動域訓練	1	
X I 3.b	摂食、嚥下訓練	3	嚥下状態の悪い患者への経口摂取(吸引しながら行う)への評価。
X I 3.c	定時排泄誘導、膀胱訓練	1	
X 2.b	抗生物質注射	3	①肺炎、尿路感染症ばかりでなく、敗血症、胆嚢炎等感染症にて抗生剤投与を行った場合。②抗生剤使用。
X II 1.a	抗がん剤療法	2	
X II 1.c	胃瘻、腎瘻、人工肛門など瘻の処置	12	①発熱に関係なく、施行されている患者。②胃瘻、腸瘻の管理を行っているもの。③人工肛門に皮膚処置を伴う場合。④人工肛門のケア。⑤瘻に対する処置を行っている場合。⑥胃瘻孔、腎瘻孔の処置。⑦人工肛門の処置。⑧胃瘻(造設90日以内だけでも認めてほしい)。⑨ストーマの管理。
X II 1.g	吸引	3	喀痰吸引1日3回以上。
X II 1.h	気管切開口・気管内挿管のケア	1	気管切開、気管内挿管状態。
X II 1.i	輸血	2	輸血の施行日から7日間位は医療区分2にすべき。
X II 1.m	膀胱留置カテーテル	2	原質的に膀胱カテーテルの留置が必要になる時々あります(2週間までとして)。
X II 1.p	インスリン皮下注射	3	①インスリン注射を必要とする。②インスリン投与が必要な糖尿病患者で合併症により自己注射が不可能な患者。医療区分2の35を改変する。
X II 1 新規	尿道カテーテル	2	尿道カテーテル挿入を行った日
X II 1 新規	膀胱バルーンにて、膀胱洗、持続膀胱洗を必要とする場合	1	
X II 1 新規	排尿困難にて、頻回な導尿を要する場合	1	
X II 1 新規	間歇導尿	1	
X II 2.b	(向精神薬の使用)抗不安薬	2	吐気止め。
X II 2.d	催眠薬	1	
その他	同一疾患で入退院をくり返すもの	1	
その他	IX4.d(潰瘍のケア)、IX4.e(手術創のケア)、IX4.f(足以外の創傷処置)、IX5.c(開放創)のいずれかに該当	1	創傷処置として一項目にできるのではない。

その他	入院リハの必要な全ての症例	1	
その他	RA における発熱、多発性関節痛増強について追加が必要。	1	
その他	急性疾患の回復期で治療を継続している状態。	1	
その他	テレビモニター監視下であったり、深夜当直医が慣れていなくて主治医が呼び出された様な場合。	1	
その他	全て病態により医療区分3へ	1	
その他	パーキンソン等、服薬の回数が5回以上の例、分類にかかわらず認知症の加算について評価してほしい。50点(但し、心理テストを詳しくチェックする)	1	
その他	高価薬剤についての評価、一般病院で使用されているため、薬だけでも出来高払い	1	
その他	御家族への病状説明日(30分以上)	1	
その他	半固形化の経管栄養で頻回に誤嚥を繰り返す場合	1	
その他	M-tub 挿入を行った場合	1	
その他	ASO による末梢の循環障害があり、治療が必要な状態	1	
その他	重度の脳血管障害後遺症	1	
その他	救急入院後30日間	1	
その他	入院治療を要する胃潰瘍、十二指腸潰瘍	1	
その他	全症別、入院後3ヶ月間	1	
その他	センサーを必要とする認知リハビリ症例	1	
	口腔ケア	1	
その他	看護度が高い人(基準は未定)	1	
その他	精神疾患、活動期の場合(統合失調症等)	1	
その他	アルコール中毒	1	

### 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"> <li>・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</li> <li>・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思ったほうがよいのでは。</li> <li>・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。</li> </ul>
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・胃瘻のはいつている患者が医療区分1ではおかしい。</li> <li>・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。</li> <li>・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。</li> </ul>
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・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。</li> <li>・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。</li> </ul>
4	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> </ul>
5	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> </ul>
6	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・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。</li> <li>・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。</li> </ul>
7	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> </ul>
8	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> </ul>
9	<ul style="list-style-type: none"> <li>・煩雑な事務処理的な業務が増え、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は容認できるものではない。</li> <li>・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。</li> <li>・医療必要度に応じて点数を配分するという考え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、処置では決まていないが、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。</li> <li>・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。</li> </ul>
10	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・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。</li> </ul>
11	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> </ul>

12	<ul style="list-style-type: none"> <li>・細分しすぎ。</li> <li>・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。</li> <li>・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。</li> <li>・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。</li> <li>・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く国民にも周知すべき事項かと思えます。</li> </ul>
13	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> </ul>
14	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・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。</li> <li>・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。</li> </ul>
15	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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、不当過ぎると思います。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。</li> </ul>
16	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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、病名基準があったり処置基準があっ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。</li> </ul>
17	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> </ul>
18	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> </ul>
19	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> </ul>
20	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・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。</li> </ul>
21	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・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。</li> <li>・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。</li> </ul>
22	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療区分1の点数が低すぎる。ぜひ改善してほしい。</li> </ul>
23	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・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。</li> </ul>
24	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療区分1の診療報酬は老健施設に要介護度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。</li> <li>・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。</li> </ul>
25	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> </ul>
26	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・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。</li> <li>・ADL区分の差があまり感じられない(点数的に)。</li> </ul>

27	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・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。</li> <li>・「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。</li> <li>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。</li> </ul>
28	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・逆にいえば重さづけが適当でない感がある。</li> <li>・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。</li> <li>・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。</li> <li>・受け皿の点を含めて要検討。</li> </ul>
29	<ul style="list-style-type: none"> <li>・現場での大変さがきちんと評価されていない</li> <li>・レセプト業務がかなり煩雑になった</li> <li>・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。</li> </ul>
30	<ul style="list-style-type: none"> <li>・神経難病のリハビリは発症を問う事</li> </ul>
31	<ul style="list-style-type: none"> <li>・高価薬品の品立てにしてほしい(例えばパーキンソン等)</li> </ul>
32	<ul style="list-style-type: none"> <li>・現場での大変さがきちんと評価されていない</li> <li>・レセプト業務がかなり煩雑になった</li> <li>・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。</li> <li>・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。</li> </ul>
33	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療、看護、介護度 etc の評価が著しく低い</li> </ul>
34	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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</li> <li>・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。</li> </ul>
35	<ul style="list-style-type: none"> <li>・極めて繁雑である。</li> <li>・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。</li> </ul>
36	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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)。</li> <li>・認知症の評価方法は医療区分 3 についても必要。</li> </ul>
37	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・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。</li> <li>・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。</li> </ul>
38	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>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。</li> <li>・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。</li> <li>・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と思います。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。</li> <li>・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)</li> </ul>

39	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療区分2に心不全、脳梗塞がない。</li> <li>・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。</li> <li>・重看護、重介護でも区分1が沢山有る。</li> <li>・区分3は救急病院の適応内容だ。</li> <li>・区分のエビデンスがない。</li> <li>・区分2と3の評価項目をもっと増すこと</li> <li>・区分2に評価される疾患が2つ以上ある時は区分3へ</li> </ul>
40	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・よって11分類のみでは必要性の充足はされていない。</li> </ul>
41	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・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。</li> <li>・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。</li> </ul>
42	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・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。</li> </ul>
43	<ul style="list-style-type: none"> <li>・元々、点数だけでは不適当な分類であるとしていた。</li> <li>・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。</li> <li>・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。</li> <li>・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。</li> <li>・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。</li> <li>・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。</li> </ul>
44	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・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。</li> </ul>
45	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・医療の必要な急性期を区分3にすべきと思います。</li> </ul>

46	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・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)</li> <li>・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。</li> <li>・医療区分の分類方法が不適切である。</li> <li>・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。</li> </ul>
47	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・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。</li> <li>・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。</li> <li>・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。</li> <li>・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。</li> </ul>
48	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ADL をもっと考慮した分類をしてほしい。</li> <li>・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。</li> </ul>
49	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> </ul>
50	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・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。</li> <li>・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どうか。(特に高齢者)</li> <li>・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。</li> </ul>
51	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> </ul>
52	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> </ul>
53	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> </ul>
54	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・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。</li> <li>・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。</li> </ul>
55	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・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。</li> <li>・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強い。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。</li> </ul>
56	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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、又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。</li> </ul>
57	<ul style="list-style-type: none"> <li>・治療して良くなっている場合の評価が低い。</li> </ul>
58	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> </ul>
59	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ADL 区分による点数の差が少ない</li> </ul>

60	<ul style="list-style-type: none"> <li>•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。</li> <li>•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。</li> <li>•ターミナルの患者の評価が不十分。</li> </ul>
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がはるかに多い。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