

#### 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> <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	<p>医療度は安定期にあり治療が少ない患者</p> <p>常に目の離せない問題行動の多い患者</p> <p>歩ける認知症でない患者</p>
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る。
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
<b>医療療養病床の役割に関するコメント</b>	
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。
<b>その他のコメント</b>	
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。医療費削減の為には、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ひ、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ねて持っているか等、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ひ。

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)

## 別紙5の2

## 医療区分・ADL区分に係る評価票 評価の手引き

「医療区分・ADL区分に係る評価票」の記入に当たっては、各項目の「項目の定義」に該当するか否かを判定すること。また、各項目の評価の単位については、「評価の単位」及び「留意点」に従うこと。

なお、「該当する」と判定した場合には、診療録にその根拠を記載すること。

## I. 医療区分3(別表第五の二)

## 1. スモン

## 項目の定義

スモン(特定疾患治療研究事業実施要綱に定めるものを対象とする。)に罹患している状態

## 評価の単位

—

## 留意点

必ずしも特定疾患医療受給者証の交付を受けている必要はない。

## 2. 医師及び看護職員により、常時、監視及び管理を実施している状態

## 項目の定義

循環動態および呼吸状態が不安定なため、常時、動脈血酸素飽和度、血圧、心電図、呼吸等のバイタルサインを観察する必要がある等、医師及び看護職員により、24時間体制での監視及び管理を必要とする状態

## 評価の単位

1日毎

## 留意点

少なくとも連続して24時間以上「項目の定義」に該当する状態にあること。(初日を含む。)  
動脈血酸素飽和度、血圧、心電図、呼吸等のバイタルサインが、少なくとも4時間以内の間隔で観察されていること。なお、医師による治療方針に関する確認が行われていない場合は該当しない。