

平成18年度「慢性期入院医療の包括評価に関する調査」
《病院長に対する基本事項に関する調査「自由記述内容」まとめ資料》

1. 医療区分に対する評価について

図表 <医療区分3> 疾患・状態の分類項目で、
項目として適当でない理由および条件・表現が適当でない理由(自由回答)

番号	項目 ※各項目の定義は、添付の参考資料を参照のこと	
1	スモン	
	・項目として適当でない理由	回答数
	他の難病と区別し、1つだけ医療区分3である理由が不明	8
	実際にほとんど見られない症例	7
	医療区分2のその他神経難病に含めればよい	4
	重症度、患者の状態による	3
	合計	22
	・条件・表現が適当でない理由	回答数
	病状の条件が示されていない	4
	医療区分3となる理由が不明	2
	公害補償とは無関係のはず、条件を明示すべし	1
	薬害、難病の重度障害とすべし	1
	HIV等、他の薬害はなぜ含まれないのか	1
	合計	9
2	医師及び看護師による24時間体制での監視・管理を要する状態	
	・項目として適当でない理由	回答数
	一般病床や重症病床での医療行為が必要であり療養病床に入れるべきでない (療養病床では)ほとんど症例がない	5 1
	理由記述なし	2
	合計	8
	・条件・表現が適当でない理由	回答数
	病態が示されていない、基準が曖昧、具体的な条件にすべし	6
	すべての療養病棟入院患者は24時間管理に該当する	2
	ICUの条件のようであり、療養病棟にはなじまない	2
	「24時間体制」の条件緩和を。常時に変更してほしい	2
	各種モニター装着が必要な状態と判断されていればそれだけで該当とすべき	1
	(留意点に示されている)「バイタルサインが4時間以内の間隔で観察される」条件は無用	1
	区分3でなく区分2のレベルも必要	1
	個人によってかなり差がある。チェック項目を決める必要はない	1
患者のQOLを考えると、夜中まで血圧等を毎回測定し、患者に負担を与える必要はない。3時間毎の観察でよい	1	
理由記述なし	2	
合計	19	

図表 <医療区分3>医療処置の分類項目で、
項目として適当でない理由および条件・表現が適当でない理由(自由回答)

番号	項目 ※各項目の定義は、添付の参考資料を参照のこと	
3	中心静脈栄養(消化管異常、悪性腫瘍等による消化管からの栄養摂取が困難な場合)	
	・項目として適当でない理由	回答数
	経費がかかるうえ自己抜去も含め、技術的にも問題。区分3でも、これは加点数ならば良いかも	1
	コストに見合わない	1
	現実的ではない	1
	理由記述なし	2
	合計	5
	・条件・表現が適当でない理由	回答数
	条件の緩和	4
	中心静脈栄養はすべて認めるべき	4
	IVH 自体が時に危険を伴うもので施設等では管理が困難。たとえ末梢静脈荒廃した場合のルートキープの意味であっても最低医療区分2にはすべき。日数は限定しても良い	1
	嚥下困難な症例も消化管異常か	1
	高カロリー輸液を行っていれば悪性腫瘍等でなくても良いと考える	1
	食事が左記以外で全くとれない場合がある。(例、嚥下障害)	1
	心不全などによる経管栄養不能例も含めるべき	1
中心静脈栄養の使用ガイドラインがはっきりしていない	1	
状態が安定しているが、等の表現ができないか	1	
理由記述なし	1	
合計	16	
4	24時間持続点滴	
	・項目として適当でない理由	回答数
	7日ぐらいでは症状改善がむずかしい	1
	当該病棟で行う処置ではない	1
	24時間ではなく日勤帯とか12時間なら。そしてこれは慢性期ではない	1
	十分な看護配置がなされていない	1
	現実的ではない	1
	理由記述なし	2
	合計	7
	・条件・表現が適当でない理由	回答数
	日数制限は不要、8日間以上も認めるべき	15
	24時間連続である必要はない	4
	12時間以上の持続点滴であれば認めるべき	1
	どうともとれる表現である	1
	補液管理が必要となった場合にする。24時間持続が出来ない患者がいる。(認知症など)	1
CV等でも認めて欲しい	1	
理由記述なし	2	
合計	25	

5	レスピレーター使用	
	・項目として適当でない理由	回答数
	慢性期で行う処置ではない	3
	管理が難しい(夜間のスタッフ不足)	1
	高齢社会の中にあって容易にレスピレーターを使用する文化が定着することを懸念。レスピレーターと酸素療法が同じ区分であることがおかしいように思うが、レスピレーターは加算のみの特別な状況におくのがよいと考える。	1
	理由記述なし	2
	合計	7
	・条件・表現が適当でない理由	回答数
	理由記述なし	2
	合計	2
6	ドレーン法・胸腹腔洗浄	
	・項目として適当でない理由	回答数
	慢性期で行う処置ではない	4
	現実にほとんど存在しない	1
	あいまい	1
	理由記述なし	3
	合計	8
	・条件・表現が適当でない理由	回答数
	施行後3日間以上は認めてほしい	1
	定期的な腹腔洗浄とかがありうるのだろうか	1
	胸腔ドレーン法のみで良いのでは	1
	洗浄しなくてもいいと思う	1
	PTCDの場合はどうか	1
理由記述なし	2	
合計	7	
7	発熱を伴う場合の気管切開、気管内挿管のケア	
	・項目として適当でない理由	回答数
	気切の場合、喀痰が多い	1
	気管内挿管のみで良い	1
	気管切開、気管内挿管はすべて区分3にすべき	1
	理由記述なし	2
	合計	5
	・条件・表現が適当でない理由	回答数
	発熱を伴う条件は不要	13
	発熱させない取り組みも評価すべき	1
	発熱の原因が肺以外のこともある	1
発熱がなくとも喀痰吸引頻回等は認めるべき	1	
理由記述なし	2	
合計	18	

8	酸素療法(安静時、睡眠時、運動負荷いずれかでSaO₂90%以下)	
	・項目として適当でない理由	回答数
	当該病棟で行う処置ではない	1
	療養病床の患者で良いか(ICUへ転院)	1
	理由記述なし	2
	合計	4
	・条件・表現が適当でない理由	回答数
	90パーセント以下では低すぎる、条件が厳しい	4
	(条件は)SaO ₂ 90パーセント以下のみでよい	1
	90パーセントに、やや巾をもたせる	1
	安静時睡眠時に90パーセント以下までは治療をしないのではないか	1
	90台前半でも貧血、心筋虚血、不整脈などの合併症がある場合は総合的な判断で行いうる	1
	SpO ₂ で代用は出来ないのか	1
	SaO ₂ 90パーセント以下というより、酸素投与が必要、不要で区別の方が良い	1
	CPE等の病名があればよいのでは。SaO ₂ 90%以下でなくてもよいと思う	1
理由記述なし	1	
合計	12	
9	感染隔離室におけるケア	
	・項目として適当でない理由	回答数
	当該病棟で行う処置ではない	2
	感染症病棟等で治療の必要あり	1
	理由記述なし	3
	合計	6
	・条件・表現が適当でない理由	回答数
	感染症(感染隔離が必要な具体的、病態)の具体的な表示が必要	5
	無菌室管理の場合もあれば、インフルエンザ、ノロウイルス、疥癬等もあるので、全てが3にしなくても良いと思う。	1
	隔離室ではなく感染隔離におけるケアとすべき	1
	感染室へ隔離は現実的でない。個室に隔離とすべき	1
	個々の病院においてマニュアルに沿った管理がされていればよいのでは	1
理由記述なし	2	
合計	11	

図表 <医療区分2>疾患・状態の分類項目で、
項目として適当でない理由および条件・表現が適当でない理由(自由回答)

番号	項目 ※各項目の定義は、添付の参考資料を参照のこと	
10	筋ジストロフィー	
	・項目として適当でない理由	回答数
	病名より状態増により医療区分を決定すべきである(状態によっては医療区分3)	2
	医療区分3にすべき	2
	特殊疾患療養病棟を有していた医療機関のみ格上げた扱いは不自然	1
	神経難病でくるべき	1
	施設でも可。医療が必要な場合は医療区分3へ	1
	理由記述なし	1
	合計	8
	・条件・表現が適当でない理由	回答数
	病態により差が有り/進行程度によりけり	2
	軽症も重症もここというのは問題で、医療区分2なら軽から中	1
	進行状態では薬剤調整や手厚く頻回なリハビリテーションが必要になる。また、自律神経や四肢筋脱力のため早期臥床も強いられ医学的管理も高度になる。スモンのみでなく、これらの難病も医療区分3にすべきである	1
	理由記述なし	1
合計	5	
11	多発性硬化症	
	・項目として適当でない理由	回答数
	医療区分3にすべき	2
	病名より状態増により医療区分を決定すべきである(状態によっては3)	2
	特殊疾患療養病棟を有していた医療機関のみ格上げた扱いは不自然	1
	神経難病でくるべき	1
	理由記述なし	1
	合計	7
	・条件・表現が適当でない理由	回答数
	病態により差が有り/進行程度によりけり	2
	重症(自力で身の回りのことができない)は医療区分3	1
	進行状態では薬剤調整や手厚く頻回なリハビリテーションが必要になる。また、自律神経や四肢筋脱力のため早期臥床も強いられ医学的管理も高度になる。スモンのみでなく、これらの難病も医療区分3にすべきである	1
	再燃(疑いも含め)時の検査やインターフェロン両方を要する場合は評価を上げる必要がある	1
	理由記述なし	1
合計	6	

12	筋萎縮性側索硬化症	
	・項目として適当でない理由	回答数
	医療区分3にすべき	3
	病名より状態増により医療区分を決定すべきである(状態によっては医療区分3)	2
	特殊疾患療養病棟を有していた医療機関のみ格上げた扱いは不自然	1
	神経難病でくるべき	1
	進行が緩やかな早期は区分1でも良いのでは	1
	理由記述なし	1
	合計	9
	・条件・表現が適当でない理由	回答数
	病態により差が有り/進行程度によりけり	2
	重症(自力で身の回りのことができない)は医療区分3	1
	進行状態では薬剤調整や手厚く頻回なりハビリテーションが必要になる。また、自律神経や四肢筋脱力のため早期臥床も強いられ医学的管理も高度になる。スモンのみでなく、これらの難病も医療区分3にすべきである	1
	理由記述なし	1
合計	5	
13	パーキンソン病関連疾患(パーキンソン病についてはヤールの分類Ⅲ、日常生活障害Ⅱ度以上)	
	・項目として適当でない理由	回答数
	医療区分3にすべき	2
	特殊疾患療養病棟を有していた医療機関のみ格上げた扱いは不自然	1
	神経難病でくるべき	1
	治療薬が高価なため、現状の点数では無理である	1
	理由記述なし	1
	合計	6
	・条件・表現が適当でない理由	回答数
	高齢者の場合、鑑別が困難なので、パーキンソン症候群も含むべき	1
	病態により差が有り	1
	重症(自力で身の回りのことができない)は区分3	1
	表現があいまい。いま一步クリアでない	1
	進行状態では薬剤調整や手厚く頻回なりハビリテーションが必要になる。また、自律神経や四肢筋脱力のため早期臥床も強いられ医学的管理も高度になる。スモンのみでなく、これらの難病も医療区分3にすべきである	1
なぜⅡ度以上なのか	1	
病状がわかりづらい。パーキンソンがついていれば可ではないか	1	
理由記述なし	1	
合計	8	

その他神経難病(スモンを除く)		
	・項目として適当でない理由	回答数
	病名より状態増により医療区分を決定すべきである(状態によっては医療区分3)	2
	医療区分3にすべき	2
	特殊疾患療養病棟を有していた医療機関のみ格上げた扱いは不自然	1
	神経難病でくるべき	1
	理由記述なし	1
	合計	7
14	・条件・表現が適当でない理由	回答数
	重症(自力で身の回りのことができない)は区分3	1
	何故分けているのか意図不明	1
	スモンも含む	1
	進行状態では薬剤調整や手厚く頻回なリハビリテーションが必要になる。また、自律神経や四肢筋脱力のため早期臥床も強いられ医学的管理も高度になる。スモンのみでなく、これらの難病も医療区分3にすべきである	1
	難病は全て一緒	1
	なぜスモンだけ医療区分3なのか	1
	難病指定外の多くの進行性神経疾患もいれるべき	1
	理由記述なし	1
	合計	8
神経難病以外の難病		
	・項目として適当でない理由	回答数
	病名より状態増により医療区分を決定すべきである(状態によっては医療区分3)	2
	医療区分3にすべき	2
	特殊疾患療養病棟を有していた医療機関のみ格上げた扱いは不自然	1
	重症度の低い難病もある	1
	理由記述なし	1
	合計	7
15	・条件・表現が適当でない理由	回答数
	重症(自力で身の回りのことができない)は医療区分3	1
	何故分けているのか意図不明	1
	進行状態では薬剤調整や手厚く頻回なリハビリテーションが必要になる。また、自律神経や四肢筋脱力のため早期臥床も強いられ医学的管理も高度になる。スモンのみでなく、これらの難病も医療区分3にすべきである	1
	膠原病等の表現がない	1
	病態によると思う	1
	理由記述なし	1
	合計	6

16	脊髄損傷(四肢麻痺がみられる状態)	
	・項目として適当でない理由	回答数
	医療区分3にすべき	2
	重症(自力で身の回りのことができない)は医療区分3	1
	特殊疾患療養病棟を有していた医療機関のみ格上げた扱いは不自然	1
	理由記述なし	1
	合計	5
	・条件・表現が適当でない理由	回答数
	対麻痺が見られる状態で良いのでは(対麻痺、四肢麻痺とする)	3
	脊髄損傷が入り、脳損傷などが入っていないため	1
	頸髄損傷とすべき。不全麻痺も含むと明記すべき	1
	頸髄損傷に限局せず脊損全て含む	1
	頭部外傷、脳幹出血、脳幹梗塞、大脳の両側の脳血管障害により四肢麻痺も含むべき	1
	不全四肢麻痺も含めて下さい	1
	上肢麻痺が不全の場合はどうか	1
不全麻痺も含まれるのか	1	
条件がきびしすぎる	1	
理由記述なし	1	
合計	12	
17	肺気腫／慢性閉塞性肺疾患(COPD)(Hugh Jones V度の状態)	
	・項目として適当でない理由	回答数
	医療区分3にすべき	4
	V度は医療区分3、IV度を医療区分2	1
	なぜ拘束性疾患が除外されているのか	1
	理由記述なし	2
	合計	8
	・条件・表現が適当でない理由	回答数
	HughJonesIVから含めるべき	5
	HughJonesIV度で良い。Vは医療区分3へ	2
	病状程度により異なると思う	1
	体動時は酸素を要する	1
	必然的に酸素が必要か	1
HJVの場合、通常酸素療法が必要ではないでしょうか	1	
合計	11	

18	疼痛コントロールが必要な悪性腫瘍	
	・項目として適当でない理由	回答数
	管理、人手を要するので医療区分3にすべき	3
	麻薬に準ずるものであっても、その量、危険度から適当ではない	1
	麻薬以外でも可能にしてほしい	1
	人件費が高くなるため、不適當	1
	末期の悪性腫瘍の対応で疼痛がなくても、心の支え等でも必要である	1
	麻薬以外にもコントロールはできると思う。Caの病名があればよいのでは	1
	理由記述なし	4
	合計	12
	・条件・表現が適当でない理由	回答数
	「疼痛コントロール」の条件不要	6
	医療区分3にすべき	2
	麻薬以外も可とする	1
	投薬(抗癌剤)、処置、頻回検査が必要ですし、施設入所は困難	1
	治療が必要な悪性腫瘍に	1
モルヒネが高いので使用できない	1	
使用薬剤が限定され過ぎている	1	
症状コントロール	1	
合計	14	
19	肺炎	
	・項目として適当でない理由	回答数
	生命が危険な状態であり、医療区分3が妥当である	2
	抗生剤等を使用するため、特に入院初期の対応が困難。急性期に移行したい状態	1
	高齢者のみならず、一歩間違えば明らかに生命の危険があるもので常なる監視を要す	1
	7日間ではなく、14日間ぐらいが適當	1
	肺炎ではなく呼吸器感染症(気管支炎等も加えること)	1
	24時間監視を要する状態に組み入れても良いと思う	1
	理由記述なし	3
	合計	10
	・条件・表現が適当でない理由	回答数
	1週間では治らない人が多い/期間を見直してほしい	3
	肺野に浸潤影を認めない肺炎もある	1
	臨床的に肺炎と診断されればよいのでは	1
酸素吸入を併用すること多い	1	
慢性期医療では常にこれらのリスクを軽減する取り組みを行っているので治療時のみ評価されるべきでない	1	
医療区分2では低く、医療区分3が妥当と思う	1	
画像診断は必須か	1	
合計	9	

20	尿路感染症(「発熱」、「細菌尿」、「白血球尿(>10/HPF)」の全てに該当する場合)	
	・項目として適当でない理由	回答数
	抗生剤等を使用するため、特に入院初期の対応が困難。急性期に移行したい状態	1
	急状増悪で細かいデータまで必要か	1
	理由記述なし	2
	合計	4
	・条件・表現が適当でない理由	回答数
	期間が短い/14日間限定の妥当性がない	7
	「発熱」の条件不要/臨床所見がしっかりあればよい	5
	全て(の条件)に該当ではなく一つでも該当すればよい	3
	(条件が)細か過ぎる	1
	積極的加療が必要な上に検査も必要	1
	条件が緩すぎないか	1
	理由記述なし	3
合計	21	
21	創感染	
	・項目として適当でない理由	回答数
	医療区分2の36から39(創傷処置関連)に含めてよいのでは	1
	38の創傷処置と同項目で良いのでは	1
	理由記述なし	2
	合計	4
	・条件・表現が適当でない理由	回答数
	症状等、もう少し具体的条件が必要	2
	1日2回以上の交換しぱりをはずす	2
	創の状態、大きさによって上位区分とできる様にする必要がある	1
	処置回数(で条件付けする)	1
	創の程度にもよるが毎日の処置が必要なものであるなら医療区分2は低い	1
理由記述なし	1	
合計	8	

	リハビリテーションが必要な疾患が発症してから 30 日以内	
	・項目として適当でない理由	回答数
	30 日以降もいくつかの条件をつけ改善することができる場合、日数を増やしてほしい	1
	必要性のあるリハに期限をつけるべきではない。必要十分な急性期リハビリは医療区分 3 とすべき	1
	この時期が予後を考えても大事なのではないか	1
	一般病床で行う必要あり	1
	意味がない	1
	理由記述なし	2
	合計	7
22	・条件・表現が適当でない理由	回答数
	期間が短すぎる。日数制限の撤廃、もしくは 30 日以上に	21
	(再掲) 180 日以内にする	(5)
	(再掲) 60 日以内にする	(3)
	(再掲) 90 日以内にする	(2)
	(再掲) 150 日以内にする	(1)
	(再掲) 40 日以内にする	(1)
	疾患やリハビリ必要度を日数に考慮すべき	1
	医療区分 3 ではないのか	1
	150 日または 180 日にするべき。または術後から何日とするべき。	1
	理由記述なし	3
	合計	27
	脱水(舌の乾燥、皮膚の乾燥の両方ともみられるもの)	
	・項目として適当でない理由	回答数
	持続点滴に含まれるのでは	1
	急状増悪で細かいデータまで必要か	1
	理由記述なし	2
	合計	4
23	・条件・表現が適当でない理由	回答数
	期間設定がおかしい・1日毎とすべき・症状が回復するまで	11
	10 日までに拡げる	1
	BUN/cre 比のチェックをはずす	1
	舌や皮膚の乾燥、検査の異常として下さい	1
	他の項目と比してどのような症状を示すのか解らない。重症な脱水か否か判断が難しいことが多い	1
	両方とも表現は不要	1
	条件が幼稚。血管内脱水こそが問題	1
	条件が主観的	1
	理由記述なし	2
	合計	20

24	体内出血(持続するもの(例)「黒色便」、「コーヒー残渣様嘔吐」、「喀血」、「痔核を除く持続性の便潜血陽性」)	
	・項目として適当でない理由	回答数
	持続するものはモニター、輸血・投薬等が必要であり、医療区分3にすべき	4
	検査はもちろんのこと、観察は常。急変することもままある。処置にも手間が必要。薬が高価	1
	一般病床等で行う必要がある	1
	IVH 持続点滴すること多い	1
	慢性疾患ではない	1
	急状増悪で細かいデータまで必要か	1
	理由記述なし	3
	合計	12
	・条件・表現が適当でない理由	回答数
	期間設定がおかしい・1日毎とすべき・治療期間中とすべき	6
	10日までに拡げる	1
	7日間をはずす。1ヶ月とする	1
	持続しなくても、1回でもあれば嚴重な医療管理が必要	1
	現状の点数では治療も検査も無理	1
	出血減が明らかな場合、治療までとする。例は胃潰瘍2、悪性腫瘍治療まで(とまるまで)	1
	医療区分3ではないのか	1
	消化管出血を除いた理由	1
	理由記述なし	1
合計	14	

25	頻回の嘔吐(1日1回以上を7日間のうち3日以上)	
	・項目として適当でない理由	回答数
	急性疾患として、医療区分3とすべき	1
	高齢であるなら常的な期間もあり、脱水症状、持続的点滴を要する。誤嚥性肺炎も十分考えなくてはならない	1
	IVH 持続点滴すること多い	1
	急状増悪で細かいデータまで必要か	1
	理由記述なし	2
	合計	6
	・条件・表現が適当でない理由	回答数
	1日1回以上の嘔吐でよい・1日頻回の嘔吐であれば、持続しなくてよい	8
	評価期間の制限をなくす・治療期間中へ	3
	適用期間を5日に広げる	1
	適用期間を7日に広げる	1
	何故この定義なのかわからない	1
たとえば25より19を合併した場合はコスト、人手もかかり上位に上げるべき	1	
理由記述なし	1	
合計	16	
26	褥瘡(2度以上又は2箇所以上)	
	・項目として適当でない理由	回答数
	更に重症化することもあり、薬剤処方が大変である	1
	理由記述なし	2
	合計	3
	・条件・表現が適当でない理由	回答数
	2箇所以上の条件は厳しすぎる(1箇所でも可とする)	2
	もう少し厳しい条件でも良い	2
	1度以上から加療が必要	1
	2度以上の根拠が理解出来ない	1
	褥瘡があれば管理がほとんど同じではないか	1
	ステージ、使用材料によって区分を上げる必要がある	1
	ガーゼ交換が1日1回以上または2、3日に1回程度と言ったところ	1
	巨大褥瘡をどうするか	1
すべての褥瘡を対象に	1	
理由記述なし	1	
合計	12	
27	うっ血性潰瘍(末梢循環障害による下肢末端の開放創:2度以上)	
	・項目として適当でない理由	回答数
	更に重症化することもあり、薬剤処方が大変である	1
	うっ血による潰瘍は臨床ではほとんどみない	1
	38と同じでよいのでは	1
	理由記述なし	2
	合計	5
	・条件・表現が適当でない理由	回答数
	ステージ、使用材料によって区分を上げる必要がある	1
	1度以上から加療が必要	1
処置回数	1	
合計	3	

	せん妄の兆候	
	・項目として適当でない理由	回答数
	見守り手間が 24 時間。日の設定しない	1
	区分 2 の 28 から 30 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強い患者に今回の改定前に実施されていた認知症加算 (20 点) を ADL 区分 1、2 の患者に加算する方が、妥当性がある	1
	理由記述なし	3
	合計	5
	・条件・表現が適当でない理由	回答数
28	7 日間のみの日数制限はなくすべき	5
	7 日以上の検証を要し従って少なくとも 14 日	1
	28 から 30 まで、まとめて精神状態不安定とし、期間を定めない	1
	認知症と、どの様に区別するのか	1
	薬剤等でおちついている場合どうなのか	1
	薬治療をしている場合、通常の状態の評価ができない	1
	評価項目を簡潔にすべき	1
	精神神経疾患でもともとせん妄がある患者はとりにくい	1
	定義があいまい	1
	精神科以外の病院でどこまで判断できるか	1
	理由記述なし	2
	合計	16
	うつ状態	
	・項目として適当でない理由	回答数
	見守り手間が 24 時間。期間の設定しない	1
	区分 2 の 28 から 30 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強い患者に今回の改定前に実施されていた認知症加算 (20 点) を ADL 区分 1、2 の患者に加算する方が妥当性がある	1
	理由記述なし	2
	合計	4
	・条件・表現が適当でない理由	回答数
29	算定条件が細かすぎる、もっと簡素にすべき	3
	(投薬等により)おちついた時はどうするか	2
	期間限度がおかしい	1
	28 から 30 まで、まとめて精神状態不安定とし、期間を定めない	1
	認知症とどの様に区別するのか	1
	治療中であれば症状強くても良い	1
	評価項目を簡潔にすべき	1
	毎日の評価までは不要	1
	精神科以外の病院でどこまで判断できるか	1
	理由記述なし	1
	合計	13

暴行が毎日みられる状態			
	・項目として適当でない理由	回答数	
30	(すぐ対処が必要であり)医療区分3にすべきである	2	
	まれな状態。毎日では条件が厳しすぎる	1	
	暴行の要員が明確でない	1	
	このような患者を療養病床でみるのは困難	1	
	精神科へ入院	1	
	区分2の28から30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強い患者に今回の改定前に実施されていた認知症加算(20点)をADL区分1、2の患者に加算する方が、妥当性がある	1	
	理由記述なし	2	
	合計	9	
		・条件・表現が適当でない理由	回答数
	必ずしも毎日みられなくてもよいのでは	2	
	実際には毎日みられなくても、暴行の可能性が常時ある場合や、高度の暴力も含めるべき	1	
	1日毎でなく、5から7日間位要注意のため5日位のカウント	1	
	週に1回程度の暴行でも退院困難。週1回以上に変更していただきたい	1	
	28から30まで、まとめて精神状態不安定とし、期間を定めない	1	
	毎日より頻回にすべき	1	
	必ずしも医師の記載でなくとも、第三者(看護師等)の記載でも承認すべき	1	
	医師又は看護師2名以上の条件をとる	1	
	おちついた時はどうなるか不明	1	
	条件設定がおかしい	1	
	徘徊のある患者	1	
精神科以外の病院でどこまで判断できるか	1		
理由記述なし	4		
合計	16		

図表 <医療区分2>医療処置の分類項目で、
項目として適当でない理由および条件・表現が適当でない理由(自由回答)

番号	項目 ※各項目の定義は、添付の参考資料を参照のこと	回答数	
31	透析		
		・項目として適当でない理由	回答数
	療養病床に入院する透析患者は合併症があり、種々の処置、投薬、検査が必要であり、医療区分3が妥当である	2	
	これも医療区分2では入院は困難である。医療区分3でも大変。加点制に	1	
	理由記述なし	3	
	合計	6	
		・条件・表現が適当でない理由	回答数
	検査、薬剤が多く、合併症の検査もあるため、現状の区分では無理	1	
	こんな患者はいない	1	
	合計	2	

32	発熱または嘔吐を伴う場合の経管栄養(経鼻・胃瘻等)	
	・項目として適当でない理由	回答数
	病状が悪化し、管理、人手を要する。発熱を伴う場合は誤嚥に続発する呼吸器感染の状態であり、生命の危険を考慮すると医療区分3が妥当である	2
	経管栄養といわずそれ以外も	1
	理由記述なし	2
	合計	5
	・条件・表現が適当でない理由	回答数
	発熱、嘔吐の条件は不要、経管栄養のみで医療区分2とすべき	13
	経管栄養だけでコストの評価をして欲しい	3
	発熱、嘔吐を回避する取り組みも評価すべき	1
	重症の下痢も含める	1
	胃瘻は別にすべき	1
	消化管疾患を合併していることもあり医療区分3とすべき	1
	32、33、34 は単独でおこることは少なく、合併する事が多いため、2 つ発生している場合は区分を上げる必要がある	1
	すべてのNG、PEG 対象にして欲しい	1
理由記述なし	1	
合計	23	
33	喀痰吸引(1日8回以上)	
	・項目として適当でない理由	回答数
	吸引回数5回以上	1
	医療区分3でもよいと思う	1
	理由記述なし	3
	合計	5
	・条件・表現が適当でない理由	回答数
	8回の根拠が不明、8回未満でも痰吸引は同様ではないか	6
	1日6回以上程度対象とすべき(4時間に1回)	4
	回数しばりをはずすべき	4
	医療区分3としてほしい(でもよいのでは)	2
	1日5回以上の吸引	1
	4から5回以上で算定	1
	1日3回以上	1
	病状により吸引回数が異なると思う	1
	32、33、34 は単独でおこることは少なく、合併する事が多いため、2 つ発生している場合は区分を上げる必要がある	1
	8回以上ならこの患者のみが入院しているわけではないため人手がかかり加点が必要。単に吸引をするのみで医療区分2	1
	5から6回以上は区分2、8から10回以上は医療区分3に	1
他の病気を併発すること多し	1	
食事毎に吸引を要する状態でも嚴重誤嚥管理が必要	1	
理由記述なし	2	
合計	27	

34	気管切開・気管内挿管のケア	
	・項目として適当でない理由	回答数
	医療区分3にすべき	6
	このケアは直に生命にかかわるもの。区分の枠に入れず、加点制に	1
	理由記述なし	3
	合計	10
	・条件・表現が適当でない理由	回答数
	医療区分3にすべき	3
	32、33、34 は単独でおこることは少なく、合併する事が多いため、2 つ発生している場合は区分を上げる必要がある	1
	発熱、喀痰だけで医療区分を見るのは適当でない	1
合計	5	
35	血糖チェック(1日3回以上の血糖チェックを7日間のうち2日以上実施)	
	・項目として適当でない理由	回答数
	医療区分3にすべき	1
	理由記述なし	2
	合計	3
	・条件・表現が適当でない理由	回答数
	1日1回以上のチェックで良い	3
	インスリン使用の糖尿は医療区分3にすべき	3
	日数制限をなくすべき	2
	インシュリン使用者は全て含める	1
	血糖チェックの頻度ぐらい、現場の裁量でも良いのでは。	1
	BSコントロールのみでは良いが、この項目なら加点を要する	1
	インスリン治療、合併症のある糖尿病は無条件	1
	1日2回以上でよいのではないか	1
	1日3回以上が適当でない	1
	朝夕2回のBSチェックも評価すべき	1
	スライディングスケールと記入した方が良いと思う。インスリン3回投与も十分に手がかりがかります	1
	算定条件が細かすぎる	1
	インスリン注射、血糖降下薬内服者	1
	インスリン治療、頻回の血糖測定(週3から4回)が必要な状態	1
朝、晩チェックが続いている場合でよいのでは(表現がわかりにくい)	1	
理由記述なし	1	
合計	21	
36	皮膚の潰瘍のケア	
	・項目として適当でない理由	回答数
	褥瘡と重複する	1
	理由記述なし	2
	合計	3
	・条件・表現が適当でない理由	回答数
	程度によるが、重度ならば加点制にするか区分を上げる	1
	現在の治療法は頻回に交換しないため、その条件をとる	1
	ガーゼ交換2回を1回	1
	36から39まで、まとめて一つで良い	1
理由記述なし	4	
合計	8	

37	手術創のケア	
	・項目として適当でない理由	回答数
	理由記述なし	2
	合計	2
	・条件・表現が適当でない理由	回答数
	項目を細かく分けすぎる。区分2の21および36から39を含めて、「創傷処置が必要な状態」で良いと考える。	2
	急性期の状態であり1日2回以上の交換のしばりをはずす	1
理由記述なし	2	
合計	5	
38	創傷処置	
	・項目として適当でない理由	回答数
	理由記述なし	2
	合計	2
	・条件・表現が適当でない理由	回答数
	項目を細かく分けすぎる。区分2の21および36から39を含めて、「創傷処置が必要な状態」で良いと考える。	2
	急性期の疾患であり1日2回以上の交換のしばりをはずす	1
	部位が多い場合、範囲が広い場合も含めるべき。	1
汚染されたもの又は挫滅されたものは普通の処置と同じではない	1	
理由記述なし	3	
合計	8	
39	足のケア(開放創、蜂巣炎・膿等の感染症)	
	・項目として適当でない理由	回答数
	これは軽くみではだめ	1
	足以外の蜂巣炎も含めるべき	1
	他の項目と重複している	1
	理由記述なし	2
	合計	5
	・条件・表現が適当でない理由	回答数
	足のケアに限定すべきでない	3
	項目を細かく分けすぎる。区分2の21および36から39を含めて、「創傷処置が必要な状態」で良いと考える	2
	1日2回以上という点で、現在閉鎖治療及び被覆剤が発達しており現実的でない	1
急性期の疾患であり1日2回以上の交換のしばりをはずす	1	
理由記述なし	1	
合計	8	

2. 医療区分に追加すべき項目

図表 医療区分3に追加すべき項目(全自由回答、調査項目順)

設問番号	内容	集計	コメント等
I	基本情報「調査病棟に入院する前の状況」	1	自宅または老健から症状が悪化して入院した患者(一般病院と近い役割を果たした場合)
II 1.1	意識障害者である(JCS II-3 又はGCS8点以下)	2	①意識障害者基準はそのまま。②JCS100から300
II 4	せん妄の兆候・混乱した思考・意識	3	①せん妄の基準はそのまま。7日間の限定を外し常時区分3。②「d.落ち着きがない」単独。
IV1	うつ状態、不安、悲しみの気分の兆候	1	
IV2	問題行動	1	2項目以上該当の場合。
VI1.a	糖尿病	3	①糖尿病はインスリン使用、透析などを必要としている患者も多く、透析は区分2であるが3以上が必要。インスリン使用もやはり3以上が必要。②インスリン注射施行がコントロール困難。③重度の糖尿病性壊疽。
VI1.b	不整脈	1	常時注意を要し、浮腫等を認め加療を要する。又は時々発作を生じる。
VI1.c	うっ血性心不全	2	①注意を要し、浮腫等を認め加療を要する。又は時々発作を生じる。②重度の心不全。
VI1.d	急性心不全	4	①常時注意を要し、浮腫等を認め加療を要する。又は時々発作を生じる。②心不全急性増悪。③重度の心不全。
VI1.e	慢性心不全	2	①治療により、脱水と著明な浮腫(肺うっ血)を繰り返す心不全の状態。②重度の心不全。
VI1.g	虚血性心疾患	1	常時注意を要し、浮腫等を認め加療を要する。又は時々発作を生じる。
VI1.h	大腿骨頸部骨折	1	骨が接合するまで。
VI1.i	脊椎圧迫骨折	1	骨が接合するまで。
VI1.j	その他の骨折	1	骨が接合するまで。
VI1.l	アルツハイマー病	1	急性期、リハビリ期、又は認知症進行時、徘徊。
VI1.m	失語症	1	急性期、リハビリ期、又は認知症進行時、徘徊。
VI1.n	脳性麻痺	2	急性期、リハビリ期、又は認知症進行時、徘徊。
VI1.o	脳梗塞	2	①急性期、リハビリ期、又は認知症進行時、徘徊。②脳卒中急性期。
VI1.p	脳出血	2	①急性期、リハビリ期、又は認知症進行時、徘徊。②脳卒中急性期。
VI1.q	アルツハイマー症以外の認知症	1	急性期、リハビリ期、又は認知症進行時、徘徊。
VI1.r	片側不全麻痺・片麻痺	1	急性期、リハビリ期、又は認知症進行時、徘徊。
VI1.s	多発性硬化症	2	①難病の重度障害者、難病の急性増悪時。②これらは理由というより当然である。
VI1.t	パーキンソン病関連疾患	3	①難病の重度障害者、難病の急性増悪時。②これらは理由というより当然である。
VI1.u	四肢麻痺	4	①重度四肢麻痺の脊椎損傷。②四肢の完全麻痺。③頻回の喀痰吸引を要する四肢麻痺(脊髄)。④これらは理由というより当然である。
VI1.v	仮性球麻痺(嚥下障害を伴うのものに限る)	1	これらは理由というより当然である。
VI1.x	その他の神経難病	4	①神経難病は疾患名より状態像にて医療区分を決めるべきである。②難病の重度障害者、難病の急性増悪時。③これらは理由というより当然である。
VI1.y	神経難病以外の難病	2	①難病の重度障害者、難病の急性増悪時。②これらは理由というより当然である。
VI1.z	脊髄損傷	2	①頻回の喀痰吸引を要する四肢麻痺(脊髄)。②これらは理由というより当然である。

VI1.aa	喘息	2	①発作時、体動時の酸素使用者、状態の変化がしばしばある。②気管支喘息発作(重症)。
VI1.ab	肺気腫・慢性閉塞性肺疾患(COPD)	5	①HughJones V 度の状態は、通常動脈血酸素飽和度低下を伴うので。②発作時、体動時の酸素使用者、状態の変化がしばしばある。③
VI1.ac	がん(悪性腫瘍)	4	①疼痛コントロールを行うには、管理に伴い、人手を要する。②疼痛コントロールは麻薬か準麻薬使用。③疼痛高度の悪性腫瘍。
VI1.af	肝不全	2	胸腹水、脳症、低アルブミン、浮腫。
VI1 新規	肝硬変(ChildC)	1	
VI1 新規	肝性脳症	1	
VI1 新規	難病全て	1	
VI2.a	抗生物質耐性菌感染	1	検査を要する、加療を要する(急性期のみではない)。
VI2.b	後天性免疫不全症候群	1	検査を要する、加療を要する(急性期のみではない)。
VI2.c	肺炎	6	①検査を要する、加療を要する(急性期のみではない)。②肺炎(重症)は区分3とすべし。③常に見守りと治療が必要となる。④肺野に浸潤影を認める肺炎(生命の危険が大きい)。医療区分2の19を改変する。
VI2.d	上気道感染	1	検査を要する、加療を要する(急性期のみではない)。
VI2.e	敗血症	3	検査を要する、加療を要する(急性期のみではない)。
VI2.f	多剤耐性結核	1	検査を要する、加療を要する(急性期のみではない)。
VI2.g	上記以外の結核	1	検査を要する、加療を要する(急性期のみではない)。
VI2.h	尿路感染症(過去30日間)	1	検査を要する、加療を要する(急性期のみではない)。
VI2.i	ウイルス性肝炎	1	検査を要する、加療を要する(急性期のみではない)。
VI2.j	急性胆嚢炎	1	検査を要する、加療を要する(急性期のみではない)。
VI2.k	急性腹膜炎	1	検査を要する、加療を要する(急性期のみではない)。
VI2.l	急性膵炎	1	検査を要する、加療を要する(急性期のみではない)。
VI2.m	創感染	1	検査を要する、加療を要する(急性期のみではない)。
VI2.n	皮膚の疾患－感染症	1	検査を要する、加療を要する(急性期のみではない)。
VI 2. 新規	重症疾患－感染症	2	重篤な感染症。
VII1.a	脱水	2	
VII1.c	発熱	1	不明熱(38.0度以上)
VII1.e	体内出血	2	ケアキュア密度高いため。
VII1.f	嘔吐	3	①常時見守り必要の為。②嘔吐に加え、発熱を伴う経管栄養(誤嚥があり、発熱の合併は呼吸器感染が生じていると考えられる)医療区分2の32を改変する。
VII3.a	個室における管理が必要	2	終末期または急変による(一般病床における重症者等療養特別加算に準ずる状態)。医療区分3の9を改変する。
VII3.b	急性症状が発生したり再発性や慢性の問題が再燃した	1	終末期または急変により個室管理が必要な状態(一般病床における重症者等療養特別加算に準ずる状態)。医療区分3の9を改変する。
VII3.c	末期の疾患であり、余命が6ヶ月以下である	7	①療養病床におけるエンドステージの管理。②終末期ケア。③悪性腫瘍などによる終末期ケア。④悪性腫瘍の終末期(緩和ケア病棟への入院を要する程度)。⑤神経疾患、認知症の終末期(緩和ケアを行っている場合)。⑥終末期または急変により個室管理が必要な状態(一般病床における重症者等療養特別加算に準ずる状態)。医療区分3の9を改変する。
VIII2.a	中心静脈栄養	2	①もちろんのこと区分3にかかる材料。手間は包括だけではなく、加点制にすべき。②中心静脈カテーテル挿入を行った日。
VIII2.b	末梢静脈栄養	1	終末期での対応はこれが一番普通である。
VIII2.c	経管栄養	5	①病状が悪化し、管理に伴い人手を要する。②胃瘻造設直後にチューブを抜かれると大変危険である。胃瘻造設7日間は医療区分3にすべき。③胃瘻交換後10日間(キズの確認)。④胃瘻造設等手技を行った日。⑤嘔吐に加え、発熱を伴う経管栄養(誤嚥があり、発熱の合併は呼吸器感染が生じていると考えられる)医療区分2の32を改変する。

IX2.a	褥瘡	1	難治性の褥瘡(3度以上)の場合、医療区分3へ。
IX3	皮膚のその他の問題	1	天疱創で範囲の広い物。
X2.c	強心剤注射	1	
X2.d	昇圧剤、降圧剤の持続点滴	1	
X I 2.2	リハビリテーションが必要な疾患が発祥してからの日数が15日から30日以下	1	急性期リハビリテーションを行っている状態。
X II 1.a	抗がん剤療法	1	モルヒネ、抗癌剤の投与を行っている末期癌。
X II 1.b	透析	5	①透析は区分2であるが3以上が必要。②透析患者が肺炎等重症感染に陥った及び脳梗塞等を併発した場合に、24時間監視する程ではないが、診断が出来ない様な場合。③透析の必要な患者はコスト的に区分3へ。④透析(重症)は区分3とすべし。⑤ADL区分2、3で通院困難である透析患者(合併症があり、種々の処置、投薬、検査のコストが大きい)。医療区分2の31を改変する。
X II 1.g	吸引	4	①頻回の吸引。②常時見守り必要の為。③ケアキュア密度高いため。④頻回の喀痰吸引を要する四肢麻痺(脊髄)。
X II 1.h	気管切開口・気管内挿管のケア	3	①頻回の観察および処置を要する。②気管切開を行った日。③気管切開(発熱が無くても)。
X II 1.i	輸血	4	輸血を実施する状態。
X II 1.j	レスピレーター	1	もちろんのこと区分3にかかる材料。手間は包括だけではなく、加算制にすべき。
X II 1.k	緩和ケア	4	①悪性腫瘍の終末期(緩和ケア病棟への入院を要する程度)。②神経疾患、認知症の終末期(緩和ケアを行っている場合)。③モルヒネ、抗癌剤の投与を行っている末期癌。
X II 1.l	疼痛コントロール	1	
X II 1.o	血糖チェック	2	ケアキュア密度高いため。
X II 1.p	インスリン皮下注射	2	①インスリン療法で毎日スライディングスケールを実施している場合。②インシュリン強化療法。
X III	新規:急変等死亡日	1	
X III	新規:入院日及び急性期病院への転院日	1	
その他	医療区分2の項目が重複した場合	3	①3つ以上重複した場合は医療区分3とすべき。②医療区分2該当が3から5個以上。③医療区分2を複数持っている人(経管と肺炎)
その他	急性増悪した場合あるいは亜急性期で医療の必要なものは医療区分3に追加すべき。	1	
その他	急性疾患で治療を行っている状態(発症から14日以内)	1	
その他	現在経過措置で医療区分3となっている「別表12」に掲げられている疾患や病態は措置終了後も医療区分3とすべき。	1	

図表 医療区分2に追加すべき項目(全自由回答、調査項目順)

設問番号	内容	集計	コメント等
I	基本情報「調査病棟に入院する前の状況」	1	一般病院からの転院の際は状態不安定であることが多く、入院時の検査も行うため、それに対する評価。
II 1.1	意識障害者である	7	意識障害があり経管栄養の状態。
II 3	日常の意思決定を行うための認知能力	1	認知症
II 3.1	日常の意思決定を行うための認知能力	1	自立でない以外は区分2以上、特に問題行動。

	力:限定的な自立		
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。②脳梗塞(重度)は区分2へ。③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Ccrが20ml/min以下で薬剤処方制限、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でも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でも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	注射・点滴	1	24時間持続ではないが、1日2回点滴を必要とされた場合(抗生剤使用、朝、夕等)
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 2	運動器リハビリテーションが必要な状態	1	骨折等のリハビリ期間(最長150日)
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かな。
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"> ・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。 ・胃瘻のはいつ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	<ul style="list-style-type: none"> ・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。
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。 ・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、処置では決まてないが、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。 ・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く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。
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。
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。 ・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。 <p>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。</p>
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の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の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。 ・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、点数だけ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"> ・医療の必要性と 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當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。
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、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。
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 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> <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つの項目まとめる。 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。
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)