

7.国に対する要望に寄せられたご意見(病院)

【北海道】

1. この間、在宅医療をすすめる、病院を利用しづらい政策が進められていますが、実際高齢化社会の現在では、独居や高齢者のみの世帯(老々介護など)が多く、その子ども達も共稼ぎなど介護できない場合が多い。高齢者に対しての医療の締め付け、又、医療全体に対する締め付けは、命を保障するためにも許せないことです。
2. 医療区分1、2の内容が理不尽である。上記に記載した状態は、速やかに区分2、3にすべきである。医療区分が適正に評価されるまでは、介護療養病床は廃止してはならない。
3. 医療療養病床は104床全てが特殊疾患管理加算の病床であったため、ほとんどが重度の肢体不自由です。このため、ほとんどの患者さんは施設が受けてくれないので、やむをえず、8月より介護療養病床に大半のベッドを転換した。介護病棟が廃止されると、大半の患者さんは本当に行く場所がなくなってしまう。
4. 患者、医療機関ともに、国から何の理由説明がない。受け皿がない。借金をして介護療養病床にしたら10年で制度がなくなるとは。借金だけが残るのか。
5. 介護難民が増えて、行く場所に困っています。
6. 病院規模などを考慮に入れた改正をすべき(看護師の複数夜勤、72時間)
7. 今回、介護療養型の廃止が決定されたことは社会的入院を許さないとの厳しい考え方であります。医療・介護保険制度を永続的なものにするための止むを得ないものとする意見もありますが、いわゆる社会的入院とされる高齢者も多病多患であり、無理に在宅にもっていくことをすれば、肺炎等々の急性疾患をはじめ高血圧・閉塞性呼吸器疾患など慢性疾患の急性増悪を来し、急性期病院への入院加療が必要な事態が多々起こると考えられ、よりコストがかかってしまうと推察されます。また、当院へも近隣の特養等から急性期状態となり、入院するケースが多々ありますが、病状が安定し、施設へ戻すも、施設では医療職の目・手が足りないためか、また、元の状態に陥り、再入院してきます。医療区分1・介護療養型に入院している患者でも、医師・看護師の目配り、手配りによって病状が安定している事例が多々あります。
また、社会的入院患者と言われている高齢者は社会的にも病態的にも微妙なバランスの上で生きている存在であることを忘れてはいけません。在宅のサービスを構築するにあたって、北海道の寒冷豪雪地という風土を考えたときに、いざという時にシェルターとなるような施設サービスが受けられなければ、地域住民の理解は得られないものと思います。
一歩踏み込んで、医療区分1・介護療養への入院患者を、国がどのように老健へ転換するにしても、1997～2000年にかけて、療養病床の設置を国が推進し、病院側も多額の借金をを行い、設備投資をしてまだまもなく、償却も終わっておらず、借入が残っている中で老健等への転換は資金運営上相当に無理があります。これらについて救済措置を行うことを要望します。
転換補助が出るとしても、転換するには到底及ばない金額であり、23年度までの転換は難しいと考えております。少なくとも現在ある、公的借入機関(福祉医療機構など)からの借入の返済を終えた段階での転換など、老健等への転換計画を示した医療機関にはこの医療機関の実情に合わせた猶予措置を設けて欲しいと思います。
介護療養病床の廃止が介護難民を生み、社会的不安をさらに増すような事態は避けなければならないし、やるとしてもソフトランディングできる環境をつくりあげてから行うべきだと思います。
8. 独居や高齢者のみの世帯で、区分1とはいえ、喀痰吸引や胃瘻の管理、経鼻経管栄養などの処置を行うことは難しい。医療療養病床から安心して送り出せる在宅に代わる受け皿が必要である。
9. 療養病床と介護療養病床の病棟単位での混在
10. 方針、政策があまりにも短期間で変わるので、どうしてよいか、迷っている。
11. 医学的管理をしていけば患者が苦痛を軽減して生命・安全を守ることになります。見直しをお願いします。
12. 現実に即した診療報酬の点数配分にすべき。
13. 当面の政策として、日常生活自立度ランクB以上は区分2とすること。
14. 医療区分の判定は月1回とすること。
15. 入院基本料D,Eは、老健以下である。人員配置に応じた適切な水準に引き上げること。
16. 切迫した地方財政のあり、新たな老人福祉施設の開設が困難な地域、民間の福祉事業の参入が見込めない地域、少ない人数で生計をささえる一次産業に従事している地域での公的病院に対して、大都市部を含めた一括の医療政策は、弱者切捨て以外のなにもでもなく、納得がいかない。
17. 高齢化社会に沿って、選択をしながら国の方針どおり実施してきた医療機関であるが、医療法人として今の状態では判断ができない。
18. 入所施設が足りない。介護者も高齢者であり、在宅療養ができない世帯が多い。

7-①国に対する意見(病院)

- 19・医療療養病床を老人保健施設に転換するにあたり、施設基準の緩和(室内の面積、同一階における分離壁の設置など)を強く要望します。
- 20・医療費削減のために、病院の療養病床を減らすのであれば、退院後の施設の充実、病状悪化時の施設の体制など、整備がもっと必要なことが多々あると思います。
- 21・北海道において、入院期間削減を先行し、療養施設の充実が後手である現状は、患者・家族に極めて不利益であると考えます。
- 22・医療区分の見直しを早急に実施して欲しい。
- 23・社会的入院を作り出している国の施策、政治家、役人は、辞めるべきである。財政の問題ととらえるのは、目分勝手
- 24・療養病床の削減だけがきまり、その対応策はこれから検討されるという。国の政策に不信が大きく、療養病床の見通しが立ちません。
- 25・社会的入院の解消は必要ですが、高齢者には単身者も多く、介護難民を生み出さない取り組みをお願いします。
- 26・療養病床の削減は、受け皿である老人保健施設、老人ホーム、在宅で果たして23万人+アルファの受け入れ、看取りが可能なのか、大変危惧しており、社会問題化することは必至だと思う。
- 27・介護療養病床について、平成12年適用で病院の増改築投資について現在償還中であるにもかかわらず、制度改定で転換の見通しがたたない。
- 28・高齢者の比率の高い地域では、なかなか在宅医療は難しい(家族の介護が困難)。療養病床の引き下げによる痛手は並々ならぬものがある。又、町財政の危機があり、施設の新築もなかなかできず、ぜひ考えてほしい。
- 29・急性期病院からの受け皿として、療養病床が今まで機能してきたが、今後療養病床が少なくなれば、医療難民が多くなる。地方の現状及び、高齢者への配慮が足りない。
- 30・介護療養病床全廃を受け、今後どうするのか悩んでいるのが実情です。北海道の田舎では、50-60床の小規模施設が地域医療を守っています。このままでは中小病院がつぶれ、地域医療は崩壊するでしょう。全国一律ではなく、50床クラスの病院で急性期にも対応でき、必要があれば機関病院と連携する、そういう機能を評価し、医師・看護職員数、診療報酬を別立てて考えられないでしょうか。
- 31・地方の医療機関では、休日や夜間の往診等は不可能であり、夜間の訪問看護やヘルパーによる介護サービスも不十分です。また、何とか療養病床が続けられるように、医療必要度がそれほど高くなくても、介護必要度が高く容態急変などの可能性がある人が、医療区分2くらいに該当できるようにしていただきたいと思います。
- 32・家族、環境の問題で受け入れが困難な患者が一番多いはず。脳血管障害によるADL3の患者も多いと思うが対象になっていないことが問題である。
- 33・書類上で判断するのではなく、実際に地方によってそれぞれの問題があると思いますが、地域の実情にあわせた施策にしていきたい。
- 34・現在休止している療養病床を一般病床に転換したいが、医師現員数が標準数に満たないため、病床の変更許可要件を満たせない。過疎地域における基準緩和を強く求めます。
- 35・お金のない老人の入所施設がない。誰もが安心して暮らせる豊かで美しい農村をつくってください。
- 36・経済とは、ただ循環することであり、医療経済も同じです!! 「利益」は、その過程での一部でしかないはず。どうして、最優先されるのか。まして、社会保障なのに!
- 37・行政の見切り発車ではじまった療養病床(介護を含め)であるが、政策が思い通りにならず、支出が増加したことに対するしわ寄せを各施設・医療機関・患者に押し付けているとしか思えない。今後の再編においても、同様のことがおこりうるのではないかと。
- 38・医療区分をもっと実態にあったものにしてほしい。病状が不安定な患者は、安定している時は、もっと高い点数にしてほしい。当院は、新築して8年目。4年前に増築しており、このままでは借金の返済ができない。さらに借金してケアハウスへの転換などできない。
- 39・現在の入院患者の質から考えて、老人保健施設とは全く入所者の病状が違うため、そのまま老人保健施設にはできない(当院の介護療養病床の要介護度は4.5)
- 40・地方病院の実状に沿って、柔軟に対応できるような医療法や診療報酬体制の確立
- 41・10月のホテルコスト導入により、医療区分2、3に該当する方の軽減措置が設けられましたが、特別入院基本料を算定している病院に入院されている方は、全員自己負担になるが、区分2、3の方は軽減してほしい。

7-①国に対する意見(病院)

1. (転換型老健)介護保険発足時、今まで一人当たり4.3㎡だった病床を費用を借入して6.4㎡に広げたにも関わらず、完済前にまた経費をかけて8㎡にしろというのは納得できない。病院併設の場合は6.4㎡のまま永続できるように検討すべきである。
 2. (医療療養)医療区分に関しては、全く不適正であると思われる。各団体で見直しをかけている結果を真摯に受け止め、次期改正以前の早期見直し適用を求める。
 3. (転換型老健)病院から転換して併設型老健に移行する場合、一般老健と違い、医師24時間常置、夜間急変患者の即時対応等評価すべき点が多い。このことを単位数として盛り込むべきである。
 4. (介護療養減算型一部早期廃止)減算廃止時期の設定について
平成18年4月の介護報酬改定において、減算型の指定除外期日が示されたが、減算Ⅱ型(平成20年3月期限)に関し適用条件4つ
 - ・単位病床面積6.4㎡
 - ・1室定員 4名越え
 - ・機能訓練室 40㎡
 - ・病院全体として医師、看護、介護等充足率100%このうち上位3条件に関しては、院内のやりくりのみで、減算から逃れることは可能だが、当院の場合、4つ目の職員配置の中の、医師充足率100%の条件で、減算されており、医師充足率100%を満たすのは一般病床を持つケアミックス型病院としてはかなり難しい。医療法では、70%の標欠ラインがあるのに、介護部分を併設している場合は、その項目を利用できないのは、きわめて不合理だ。医師不足は当県において全県的な問題であり、時間のかかる問題でもあるのに、ここだけ救済措置がなく、平成20年3月にさっさと転換しろ、とは納得できない。
厚労省の今までの資料においても、減算型の指定期限についての同解説をみても、上記3つの条件については、資料としても載せてあるのに、4つめの項目に関しては、減算型の条件の例にも載っていない。そこまで、考えが及んでいないのか、はたまた、そういう施設は早期削減対象だということか。
そもそも、すでに介護療養の廃止を決定しておきながら、この減算型の早期廃止は、何か意味があるのか、する必要があるのか、経過措置だから本廃止前に期限を定めなければならないという帳尻合わせか甚だ疑問である。
例えば、計算上、病院の中の介護部分の医師充足率を100%にした上で、病院全体として、標欠に当たらない70%を超えていれば経過措置適用であるとか、あるいは減算型の要件そのものを見直す等で、当院の様な例も6年間の経過措置期間が最大利用できるように配慮してもらいたい。
衆議院本会議で、すべて転換を希望する病床への転換支援策を講ずる旨の附帯決議を議決したのをもうお忘れか。
- 2・介護力も評価すべきである。また、認知証にも評価が必要である。
 - 3・点滴実施者は、すくなくとも2にすべきだ。
 - 4・血糖コントロールは、3週間は2にすべき。

【宮城】

- 1・朝礼暮改の政策はやめて欲しい。定見を持った医療政策が必須
- 2・中重症度の患者が病院、施設から在宅へ誘導されている。医療と介護の連携が求められるが、その体制に地域間の段差があり、問題である。
- 3・早急に医療区分1から2への見直しを求める。
- 4・急性期病院の在院日数短縮により、医療が必要な患者が療養病棟に多くなり、スタッフの基準が保てなくなるおそれがある。
- 5・家族が患者の状況を考えると、在宅復帰困難なケースが多いということをご理解いただきたい。

【秋田】

- 1・高齢者の二人暮らしや、一人暮らし世帯がどんどん増加していく中で、このように地域医療機関でなんとか保持してきた医療サービスが、現場を把握していない国の担当部署で後退していく制度を進めていくのは理解できませんので、十分な再検討をお願いしたい。
- 2・医療難民を出さないように、介護病棟の存続を再考してください。
- 3・施設入所を希望している人がすぐに入れるよう、施設を充実して欲しい。
- 4・医療区分1の診療報酬が低すぎる。引き上げてもらいたい。

【山形】

- 1・国の施策はまったく信用ならない。病床を廃止する。
- 2・医療区分制度を廃止してほしい。
- 3・エビデンスのない現在の医療区分は、早急にあらためること。
- 4・リハビリテーション対象者は、せめてリハビリ算定日数の期間は区分2とすること。

7-①国に対する意見(病院)

【福島】

- 1・もう少し現場の把握と理解をお願いしたい。
- 2・療養病床に入院していて状態が安定している人でも、潜在的に医療必要度が高い人は少なくない。今後療養病床を減らすことにより、そのような人たちが病院から追い出されることになれば、安定した状態を保てなくなり、容態は悪化。急性期の病院に患者がおし寄せ、急性期の病院はパンク状態になるだけでなく、結果、医療費も増加し、国や自治体の財政をさらに圧迫する可能性もあるのではないのでしょうか。
- 3・平成18年4月、7月、10月と診療報酬改定(改悪！)が行われ、療養病床の収入がマイナス10%となり、病院経営を圧迫しております。療養病床に対する評価の見直し、または融資制度などなんらかの救済策を切に願うものである。
- 4・老人保健施設等の数量やサービスの質等の充実
- 5・入院基本料の引き上げ
- 6・各自治体の医療計画を早急に明示してもらいたい。
- 7・超高齢化社会を迎え、医療費を国が出すのは大変だと思うが、高齢者はなにもせずに高齢者になったのではなく、若い時代、高齢者を支えてきたわけで、そういった人たちの医療費を削減したり、自己負担にするということには、どうしても納得できない。また、こうした施策が続くことで、社会不安につながるように思える。日本は、経済大国から医療・福祉大国へとシフトしてもらいたい。
- 8・包括評価内容の見直し
- 9・療養病床の診療報酬のアップ
- 10・予防的リハビリテーションの算定
- 11・医療区分1の受け入れ先(老人保健施設など)の整備の早期実施
- 12・介護療養病床廃止の撤回を強く望みます。行き場のなくなる患者をどうすればいいのでしょうか。

【埼玉】

- 1・夜勤平均72時間ですが、看護配置を十分にクリアしていても非常に制約される。この規制の撤廃を要望したい。
- 2・医療区分1の人たちが路頭に迷うことないように、施設整備が行われるまで経過措置をお願いしたい。
- 3・リハビリの必要性
- 4・脳性まひによる重度の医療が必要なため、区分の見直しをお願いします。

【千葉】

- 1 国民に直接大きな影響を与え、負担を強いる制度改革を行う際は、周到な支援体制とソフトランディングできるやり方を望む。
- 2 医療区分の算定を導入してから各医療機関において医療区分1の転院先がなくなった。社会的入院を減らす目的で行ったと思うが、今の医療区分の分け方では、実際に医療の必要性があっても医療区分1になってしまうケースがあるので患者にとっても非常に厳しいと思う。今回の改定では患者の視点に立ってわかりやすい医療であったが、医療区分は患者にとってもわかりづらいし早急な改定が必要と思われる。リハビリについても同様。特殊疾患療養病床の廃止には納得がいきません。
- 3 現場実情を把握してもらいたい。
- 4 とにかく医療区分の判定基準は見直してください。
- 5 中長期的なしっかりした展望に立った、段階的な制度改革を望みます
- 6 医療の必要度が高い症例が殆どあるのでそれぞれに対応できる施設、在宅支援を実行できるようにしていただきたい。現在は実際にはできない状況。
- 7 経管栄養している患者さんの発熱。胸部X-P上は、肺炎は認めないが、白血球の増加あり、加療を必要とする場合はB又はCにして下さい。
- 8・経管栄養、胃瘻の場合、他に処置がなければ区分1になってしまうが、介護施設は受け入れ不可だったり人数制限があり行き場がない。施設へというなら受け入れ態勢が整うよう対策を立てるべき。
- 9・核家族化、介護世帯で共働きの世帯多く、在宅の介護力は少ないのが現状。
- 10・現状の統計数値で将来推計をしている誤りを正さなければ、高齢社会はまさに高齢経済格差社会になってしまう。何万人の自殺者と孤独死が出れば対策を立てるのでしょうか？
- 11 度々の診療報酬改定とそれに伴う患者負担拡大で医療機関への診療費未払い(支払い不能なため)など患者・医療機関を圧迫し続ける政策は今すぐやめて欲しいと思います。

7-①国に対する意見(病院)

- 12 療養難民4万人といわれていますが、その様なことのないようにご配慮をお願いします。
- 13 老人保健施設等の介護保険施設増と平行して医療区分制を導入して欲しかった。現状は医療区分2、3の患者の申込(待機)があるのに、医療区分1を出す先がない。患者に自宅に帰れとは言えない。
- 14 医療区分1に該当する患者さんの受け皿になるような施設等が少ない。医療区分1の点数引き上げを望む。

【東京】

- 1・介護保険での対応ができない(受けられない)患者さんの行き先がない現状です。
- 2・難病、胃瘻造設者等の受入れがほとんどない。
- 3・高齢者が安心して生きられるよう、支えて欲しいと願っている高齢者が多い。
- 4・介護される方、介護する方、ともに高齢の方が多く、在宅ではなかなか厳しい面が見られ、共倒れになる危険性も大であるため、国・区市町村で施設の数を増やし、受入れ態勢をしっかりと頂いてから療養病床の削減を考えても良いと思う。また、近年、核家族が多く、2人暮らしの年金暮らしの方がほとんどで、財政的にも高い医療費では負担が大きいです。
- 5・リハビリの日数制限を解除又は緩和してもらいたい。
- 6・病院の費用負担の大きい医療処置患者(胃瘻・バルーン等)の医療区分を上げてもらいたい。
- 7・療養病床でなければ、管理できない患者(胃瘻、MT、インスリン管理、老人で不安定な状態の患者)の行き先。…在宅、福祉施設では到底医療処置が多く、管理できない状態を少しは理解すべきである。医療区分2・3の診療報酬体系は、偏りがありすぎる。
- 8・国は実際の現場の状況を、有識者やデータからのみ考えて方針を決めているとしか思えない。高齢化社会に対してもっと配慮すべきである。
- 9・療養病床におけるIVH区分2は、いたずらにIVH施行を増やすことになり、考えるべきではないか。
- 10・区分1で医療行為がある患者の受け入れ先を確保してください。
- 11・療養病床は現在採算がとれません。しかし、医療を求める患者がいることは事実です。また、従来より従事してきた患者もいます。廃止で、患者や職員に不安を与えることもできません。
- 12・一般病棟で退院を迫られても介護施設では一定の医療行為が必要なことや、常に経過観察が必要とのことで、介護施設入所に適さない患者が多数見られる。医療療養病床の役割と思っています。目的ごとの施設も大切と思いますが、その狭間の患者さんの行き場を失うことのないようお願いしたいものです。
- 13・当院は、平成12～13年に増築工事を行って一般病床32床のうち22床を医療療養病床に転換しました。当時リハビリ室は最低40㎡以上必要ということで40㎡のリハビリ室を設けました。しかし、今年4月の改定で最低45㎡ないとリハビリの点数はとれません。簡単に増築などできるわけもなく、リハビリ点数がとれなくなりました。このような施設基準の設定・変更は決められた内容と一致せず不合理です。改悪です。
- 14・病院の地域性など、患者・家族の実態をきちんと把握し、政策を行ってほしい。誤りに気づいたらすぐに政策の転換をすべき。
- 15・リハビリの日数制限、医療区分等を廃止すべき。
- 16・医療区分1、2、3に分類した疾患が偏っている。ほとんどケア、処置は同じように手がかかるのに、軽すぎる。
- 17・脳梗塞後の半身麻痺の患者も医療区分2に入れて欲しい。療養病床で医療区分3を見るには処置が多く、手が足りない。国の配置看護師では無理がある。
- 18・入院基本料Eの750点はあまりにも低すぎる。
- 19・一般病床への変更を計画しているが、看護師の補充がまったく進まない。看護師の施設基準の変更、緩和策を検討願いたい。
- 20・介護保険制度を利用して、在宅療養、施設療養が続けられない重度のケースが療養病床に入院されている。この方たちの対応可能な状況をつくれぬ状況で、廃止するにあたり、予想されることを全てあげて明確に国が責任をとる計画を具体的に示すべき。
- 21・医療制度改革により療養病床転換により介護難民の増大が危惧される。
- 22・医療区分1の中にも、医療を要する手のかかる患者さんがたくさんいます。現在の区分は実情にあっていません。早急に改善されるよう、望みます。
- 23・患者さんの負担が多くなり、患者さんにとって大変厳しい状況である。
- 24・悪性腫瘍に対する麻薬以外にも包括から外してほしい。
- 25・経管栄養を特別食扱いにしてほしい。
- 26・リハビリの上限をなくしてほしい。
- 27・療養病床の区分の簡素化を

7-①国に対する意見(病院)

- 28・東京都病院協会や日本療養病床協会から何度も提言されているように、また、テレビなどでも時々特集が組まれているように、あまりにも現状に合わない性急すぎる再編縮小計画としかいいようがないです。医療区分の設定の仕方については、第88回(H18.9.20)の中医協の委員会でも対馬委員が「議論が不十分だった。必要なら改善も」と発言しています。医療区分の内容は早急に見直されるべきです。
- 29・医療療養病床から介護療養病床に転換したあと、2012年から老人保健施設になるケースについて、①1床あたりの面積は、現行の療養病床のまま転換可能に、②医療機関の機能を残す施設(療養病床)と、そうでない施設(老人保健施設)で、報酬の格差をつけ、前者の報酬を高くする。
- 30・亜急性期病棟について、現行の施設基準を見直す。そのかわり、医療必要度のある方のみを対象とする。医療療養病床について、現行の医療区分を見直すとともに、医療療養病床における詳細なビジョンを一刻も早く明示すること。
- 31
・高齢化が進むからこそ、療養型のような長期間医療的監視の中で療養ができる施設が必要なはずだとは思いますが、政府は介護療養病床の廃止や2012年度までの医療療養病床の削減を行おうとしている。リハビリテーションに関しても、疾病別で期限がある制度にしたため、寝たきりで筋力が低下していつてしまう患者が数多く出ます。逆に質問したいほどですが、病院だったものがたとえば老人保健施設に変わってどうしろといわれるのでしょうか。助成金制度や各市町村への開設の受入れ態勢まで考えてくれるのでしょうか。一般病院の平均在院日数の短さ、在宅医療のキャパシティー、老人保健施設での医療行為の限度を考え、療養型病院の必要性を考えてください。
- 32・医療区分1によって、療養型の病棟が赤字となり、当然1の患者さんは在宅か、転棟の方向へ働きます。病院で働くスタッフは、医療区分1の患者さんでも、区分3の患者さんでも、同じ考え、計画の下で毎日積み重ねています。当然1の患者は、在宅へ追いやられると思います。この頃、新聞で自殺数の記事を読みます。これからもっと多くなるように思います。病院のありかたをもう一度考えて、認知症、脳疾患(麻痺、拘縮)をもつ皆様が安心して療養できるよう、地域全体で考えて見てはどうですか。
- 33・疾患別リハビリテーション料の算定日数上限の緩和、算定単位数の上限の緩和をご検討いただきたい。

【神奈川】

- 1・医療区分2・3の疾患、状態の拡大
- 2・看護基準の緩和
- 3・医療区分1を受け入れる施設を早急に整備すること
- 4・点数が下がり、人件費は上昇。民間病院は経営できなくなる。
- 5・医療費を減らさないでほしい。
- 6・個々の評価は重要ですが、手間がかかるので、患者の看護にあたる時間が少なくなる。もう少し簡素化してほしい。
- 7・自宅に戻っても介護力がなく、経済的にも厳しい家庭が多い中、今回の改定で現在入院中の方も料金の件でかなり困難になっているので、もう一度見直してほしい。

【長野】

- 1・経管栄養で、誤嚥しやすく、密度の濃い医療管理をしている場合で、症状が安定すれば区分1となって、適当な管理で肺炎になったら区分2になるのはおかしい。適切な管理で区分1となっていることを評価すべき。
- 2・老人保健施設や在宅では対応が難しい例は少なくない。また施設で対応予定となっている方でも施設へ入所できる見通しは明るくない。療養病床つぶし、強引な患者排除の政策は許しがたい。
- 3・患者の一部負担金の限度額を低くしてほしい。
- 4・入院基本料のA-Eのどれに該当するのか、評価票を用いても患者さんにはわかりづらい。もっと簡素化を。
- 5・国では医療費削減に向けて在宅介護をすすめている。しかし、独居老人、老々介護が増えている中で、在宅介護は不可能になりつつある。また、受け入れる施設が少ないと思う。同町では老人保健施設が少ないので、介護療養病床が担っている。今後、高齢者がますます増える中で、現在当施設を利用している患者さんを受け入れてもらえる施設があるのか不安である。

【富山】

- 1・介護療養病床の廃止を撤回して欲しい。
- 2・介護療養病床から医療療養病床の転換について、スタッフの増加が困難。
- 3・内服治療の継続が必要で、生活全般に介助を要する患者の受入れ先がない。

7-①国に対する意見(病院)

- 4・医療制度改革で、医療の必要度によって3段階に区分され、入院基本料が設定された。重症患者を多く入院させれば、病院の収入が増える仕組みとなった。そうなれば、どの病院も当然、重症患者を中心に入院させることとなる。IVH挿入患者や、頻回に喀痰を行っている患者が多くなる。少ないスタッフで重症の患者さんをみなくてはならない。夜間帯の勤務体制が過酷な状態であり、看護体制を見直して欲しい。
- 5・医療区分1と区分2の点数に落差がありすぎ。区分1でも高齢者は重度の障害をもっており、急性化していないだけで、慢性期から急性転化する危険性をもっている。看護師などの人的配備の少ない施設にいけというのは、早く死ねといっているようなものである。
- 6・社会的に非常に影響度が大きい介護保険制度を創設して、わずか6年目にして方針の大転換は、国の行政責任を問われてしかるべきなのに、その責任を誰も取らず、国民、医療・介護従事者にしわ寄せをするのは、納得がいかない。
- 7・区分2の適用をふやしてほしい。認知症がかかるくても、徘徊などで常時監視がいるものは考慮して欲しい。
- 8・入院医療にかかわる医療費は、2004年以後、病床増もなく、入院費も下がりつつけており、増加することはありえない。2015年に医療費が老人の増加だけを根拠に増加するといっているが、どこに使ったら医療費が増大するのか教えてほしい。たぶん、厚生労働省の妄想でしょう。
- 9・医療区分の見直し。高齢者は皮膚疾患が多く、軟膏処置も多い。しかし、区分にまったく反映されていない。また、胆道疾患の発熱、炎症も反映されていない。
- 10・医療区分2、3に該当すべき状態像の拡大
- 11・医療区分2、3の拡大
- 12・医療必要度が現実には高いのに、区分1にて療養病床で見ることができない。患者の受け皿がスムーズに確保できないことは納得できません。政策が整っていない。
- 13・療養病床をあくまでも削減するのであれば、国の責任として、利用者負担が低く、かつ、経営的に運営していける特定施設をつくるべき。
- 14・リハビリテーション施設基準の見直し
- 15 今度の医療保険・介護保険制度の見直しは、各保険制度の赤字を発端としていることに相違ありませんが、診療報酬並びに介護報酬の見直しは、あまりにも唐突で報酬の引き下げ幅が大き過ぎると思います。
 - ① 社会的入院の患者として「介護者不在の介護度の低い」患者さんは、まさに行き場のない状況です。
 - ② 療養型病床群の医療病棟には従来から医療の必要度の高い方と行き場のない、一人暮らしや介護者不在の入院者が多い状況です。
 - ③ 介護病棟には、いわゆる寝たきりの状況の介護度の高い患者が多く(介護度4～5)、医療行為は当然多くあります。
 - ④ 今度の医療保険制度の改正に伴う、医療区分2～3に指定された分類は現状に即していないと思われます。医療区分2・3の疾患・状態の見直し、拡大が必要だと思います。
 - ⑤ 診療報酬や介護報酬の引き下げは病院経営に重大な影響をもたらす「ますます行き場の無い介護と医療を必要とする老人」を生み出し、社会的な問題となると思います。
 - ⑥ 保険制度の矛盾も多く露呈しています。
※ 医療保険適用の身障者手帳の所有者、特に身障1～2級の認定者は還付金制度が大きいため介護病棟への入院患者との格差と矛盾が大きすぎます。(医療病棟に入院希望＝診療報酬の減少)(制度の矛盾が個人の負担金になっています。)
※所得区分にしても、住居の分離世帯は負担が低く、家族の人数の多い世帯は負担が高いという問題もあります。
 - ⑦ リハビリテーションの問題は言わずもがな！で大変困った問題です。
 - ⑧ 今の療養病床の転換問題について
(イ) 病床の許認可の経過から見て矛盾が大きすぎます。当病院の病床配分は医療圏の中での配分でしたが、砺波医療圏の療養病床は他の医療圏から見て充足率は大きく異なり、矛盾があります。
(ロ) 病床の申請時には「老健施設」の許可枠は無く、今更なんで転換？の感があります。
(ハ) 特に平成14年3月に開院し、平成23年度に転換を余儀なくされるのは、あまりにも酷です。医療保険適用の病床を残す条件の提示、更には1人当りの病室面積問題や転換の前提になる指針も示されない中での将来の転換構想に大きな不安と疑問を感じます。
 - ⑨ 療養型病院の整備の指針を早く提示をして頂きたい。

【愛知】

1 ・そもそも老人に負担を求めすぎ。結局、本人が支払えず、こどもが負担しているのが現状。年金の中で払える負担

7-①国に対する意見(病院)

- 2・在宅で対応できない人の中には、戦争時代の未亡人や、婚約者が戦死して独身であった人がいる。これは戦争被害者である。
 - 3・当院においては、高齢の認知症の患者さんの医療療養病床の受入れが増えている。(老健施設への入所が難しく、今後もこのような患者さんの受入れが増えると思われる) 認知症の患者さんは、一時も目を離すことができず、ケアも大変ですが、ADL区分では評価されません。看護スタッフの確保が難しい現状では、スタッフへの負担も大きくなり、厳しい状況ですが、他に受け入れもないため、このような状況がしばらく続くと思います。国は単なる数合わせの改革ではなく、現場の実情をもっと把握した上で改革に取り組むべきです。
 - 4・医療区分の項目と、判定基準の見直し
 - 5・医療療養病床削減の緩和
 - 6・老人の終末期医療のガイドライン等の策定
 - 7・医療区分2、3のハードルが高く、療養病棟の患者層としては、看護・介護の員数から考えても対応が難しい。
 - 8・医療区分1の対象者の受け皿が無く、入院難民が発生する。
 - 9・無責任に退院を促進させることができない。政策的に退院を促進するべきではない。
 - 10・介護療養病床において、高度の医学的管理者の行き場所がなくなり、医療の包括に繋がるとされる。わが身になってその状態になった場合のことを考えてほしい。
 - 11・介護保険を利用しても家族に負担がかかり、在宅介護が困難
 - 12・インスリンのコントロールが必要な場合
 - 13・脊椎損傷以外の原因による四肢マヒ
 - 14・財政的な理由を主として、一方的に療養病床廃止を決定するのは、結局は入院患者とその病院にしわ寄せがいくこととなる。患者の環境や現状を考慮して欲しい。
 - 15・経済的余裕のない医療区分1の患者はどうすればよいのか。
 - 16・介護保険移行準備病棟として経過措置で老人保健施設等への移行を積極的に進めているが、要介護5の患者が70%を占める当院としては、看護配置の人員を減らすことは難しいため、移行準備病棟は選択できない。
 - 17・月に3万円という過酷な負担増は、患者にとってかなりの締め付けとなります。
 - 18 在宅誘導が盛んにいわれていますが在宅療養を可能にする条件はあまり変化していないように思います。経済的な問題は相変わらず重要で、介護保険サービスに減額が取り入れられても今年の改定にみられる影響や以前からある対象となる課税年度での認定など“今”を問題とする本人、家族には高いハードルです。(世帯分離もありますが相対的な判断が必要な場合もあり)最近介護保険料の未納によりペナルティが生じた方がいます。前の病院に入院中に申請にいった役所の窓口でペナルティの話だけされ介護保険の申請もあきらめていたようで、改めてペナルティの発効は介護保険認定が降りてから未納期間に応じた期間になることを確認し早急に申請を行いました。もし最初の申請時にこの説明があれば今後の行き先を検討する場合施設にしろ在宅にしろ相談も行いやすく、1割に戻る期間もはやく訪れたはずです。窓口の対応も問題ですが、誰でも起こりうる要介護状態に対するサービス提供、福祉の制度に「保険」の仕組みを導入していることに改めて矛盾を感じます。
また胃瘻、吸痰など在宅で家族以外認められない介護が必要な場合やインスリンなどの管理が必要な場合は独居の方はさらに困難が増すように介護・看護は決して切り離されて考えられるものばかりでない状況も変わっていません。急性期病院からの転院日数も早くなり、医療依存度、介護度の影響で入所が判断される老人保健施設や様々な在宅療養との間で療養型病院の果たす役割は“社会的入院”と切って捨てるようなものでなくどんな医療区分、ADL区分であろうときちんとしたリハビリを保障しながら医療面からも介護面からもその人の今後を安心した療養、生活になるよう援助していく役割があると思います。
- 今回の診療報酬改定の導入後医療区分2、3しかうけない、という療養型病院が多くあります。今まで比較的転院しやすかった医療分1の方は困難になり、転院が困難だった2、3の方が以前より受け入れ機関がひろがった状況が生じています。根本的な問題は何も変わらず対象の点数化で転院状況に変化が生じているだけかもしれません。在宅でも施設でも人間らしく生きていける、提供側も安心して提供できるそんな医療、福祉制度にと切に思います。
- * 療養型、老人保険施設での出来高の拡大
 - * 標榜科以外の受信時の入院料通減の廃止
- 19・介護施設に対して、重症患者の受け入れによるインセンティブを与える。
 - 20・家族に対して、患者受け入れのインセンティブ(扶養援助の拡大)を与える。
 - 21・退院やリハビリに対する患者からの苦情は、どこに問い合わせればよいのですか。
 - 22・今回の改正で、いわゆる寝たきり(胃瘻以外は特に医療処置のない方)の人が転院できるところが狭くなり、病院側としても、ご家族、患者さんとしても、苦しい現状にあります。もう少し、医療区分2、3の内容にご配慮いただきたい。

7-①国に対する意見(病院)

23 医療区分、ADLは、病院が患者に対して努力をすれば軽くなり、診療報酬はトがる。何か指標が違つのではない
か

【三重】

- 1・医療区分1の正当な評価
- 2・今次改定により、医療必要度が高く、処置や医療に関わる時間が多く、ケアに十分に関われない。
- 3・一人暮らし、老々介護、若い人たちの勤務等を考えると、療養病床が必要。地域医療を考えた診療報酬であってほしい。
- 4・一般病院では、DPC導入による入院期間の短縮を推進する施設が増加していくので、今後、ますます療養病床での入院が必要な患者が増加する。DPCによる入院後、即在宅、即老健施設へと移る流れは、今の医療情勢から一般国民が理解、納得するのか疑問です。

5

当院では、患者の状態を考慮しながら、在宅への退院及びその後の在宅療養を推進・支援している現状ではありますが、地域性・ご家族の受入れ態勢(療養のための改築等を含む)、また独居、高齢者2人世帯等の問題に直面した場合に、退院許可が出て在宅療養の出来ない患者が多数を占めている現状があります。

本年7月の医療療養病棟の制度改正による医療区分における病態振り分けにおいても一例ではありますが、経管栄養にて寝たきりの患者が医療区分1に分類され、退院・在宅へと追い詰められている現状があり、次の受け入れ先が皆無であると他入所中の患者・ご家族より相談を受けることが多々ございます。

前述にもあるとおり、独居、高齢者2人世帯の場合において、現実的に療養可能な患者がどれだけみえるでしょうか。医療区分の病態分類見直しの必要性を感じながら、できる限り、患者のご要望に沿えるよう、対応にあたっております。

少子高齢化・医療費の増大等により、厚生労働省の在宅療養推進政策の意味合いも少なからず理解できますが、地域医療の最前線においては机上の空論だけでは対応できない現実があることを把握し、またご理解願いたいと存じます。

介護難民が溢れ、またそのご家族への多大な負担がかかると予想されるため、患者の状態に応じた各種補助や他制度による生活の質・精神の保護、またその広報(理解のしやすい)などを考慮し、患者である高齢者及びそのご家族が不安のない生きがいのある生活を送れる制度及び環境の構築が急務であり、重要だと考えます。

- 6・療養できるベッドや施設を減らし、国としては在宅方向を打ち出していますが、現実には独居の老人が増え、近くに家族もいないというケースもみられます(同居しているケースでも昼は1人)。国の考えと国民のおかれている状況にはかなりの乖離がある。

【兵庫】

- 1・療養病床、老健・特別養護老人ホームの位置づけを、国はきっちりと打ち出し、現状に見合っ制度改定をもういちど見直すべき。
- 2・介護保険創設時には、政策誘導をしておきながら、わずか数年で方針転換をするのは、あまりにも現場を無視すぎている。国も政治家も、もっと医療・介護の現場を見てほしい。財政的な面だけでことを進めると、必ず、大きな弊害が生じる。
- 3・現場の声をもう少し取り入れてほしい。
- 4・医療には地域特性があり、本院は療養型だが、僻地医療機関であり、他の医療機関も少なく、実際には小児・内科の救急車受け入れも多い。このような地方の医療を考えてもらわないと日本の地方医療は崩壊する。
- 5・施設基準(病院建物)の変更には、大きな費用が必要であり、補助金が必要。
- 6・在宅介護が進められているが、老々介護になっているのが現実。介護度低ければ介護サービスの利用に制限があり、老々で共倒れの患者が増えている。どんなにかかっても、医療区分に該当しなければ、区分1となる。紙上の空論ではなく、実際に現実に何が必要なかみてほしい。リハビリの期限を決め、高齢者の今からリハビリをという時に打ち切り、寝たきりの人が増えて医療費がアップする悪循環になっている。
- 7・介助量が多く、手のかかる人でも医療区分1の人が多。介助者の負担が大である。
- 8・現場を知った上で、改革をしてほしい。
- 9・今まで暮らしてきた環境の中での生活を持続するという理念で行われた改正介護保険法も実質的にはまったく機能していない。全ての高齢者が、家族に受け入れられているわけではないという現実。他者に対する依存心の強さから病院を出たがらない現実。いろいろな現実を目を背けて、理念だけが先行すると、介護保険制度も崩壊する。現状に対応した制度の拡充を強く求めます。
- 10・老健や特養の現状をしっかりと調査してください。誤嚥のリスクの高い経管栄養の方は病院に戻ってきている現状です。ほかに受入れ場所がない人を医療区分1として療養病床に押し付けるのはおかしいです。これからも増え続ける経管栄養の方は、どこが引き受けてくれるのでしょうか。せめて介護療養病床を残すべきだと思います。

7-①国に対する意見(病院)

【鳥取】

- 1・医療が濃いと、老健や特養にはなかなか入れません。一般病床の在院日数が延びることとなる。又、入院が必要な方が入院できなくなる。療養病棟は必要です。

【島根】

- 1・胃瘻造設者が入院基本料Dに該当することがどうしても納得できない。
- 2・現在の医療区分に比べて、患者の病態のほうが複雑で該当しない項目の方が多い。出来高性のほうが治療が行いやすい。
- 3・特養や老健では対応できない方たちが、どこで療養されるのか。一般病棟からの行き先がない方が多くなり、急性期病院が機能しなくなる。
- 4・インスリン、経管栄養、などの患者は、医療必要度が高く、施設では入所が困難になる。
- 5・方向性に沿う説明は、こじつけになる場合がよくある。説明し理解も必要だが、国民(患者、医療、福祉)各方面が納得できることが一番大切である。

【岡山】

- 1・慢性期でも身体機能の維持・改善のためのリハビリとしてのアプローチを評価して欲しい。
- 2・医療区分2に該当するリハビリが30日は短すぎる。せめて高齢者のリハビリは60日は必要。リハビリは医療ではないと言っているようなものだ。
- 3・療養病床の再編により、医療難民、介護難民といわれる患者が出ている。この方たちの受入れが出来る方法を考えると共に、医療機関がいくべき方向を決めるため、情報を具体的に出して欲しい。また、県や市町村に丸投げをするのではなく、国として患者や家族に説明のできる医療、介護を考え、責任を負って欲しい。
- 4・現在の療養病床40床を削減されると、他の病床への転換も難しく、今後の病院経営がなりたたなくなる。入院中の患者さんの引き受け先もない状況です。
- 5・医療区分2が2つ以上ある場合は、医療区分3に。
- 6・医療保険について、今後国として向かっていく方向をしっかりと考えて、むやみに政策転換を行うことのないように考えていただきたい。
- 7・寝たきりで、自力で体動ができない患者で、看護・介護の体位交換などのケアによって、褥瘡ができないように努力していることを評価して欲しい。褥瘡があれば、区分2だが出来ないようにする努力を評価してほしい。
- 8・価格決定のエビデンスが何も無く、勘と度胸のみの価格決定方針のみに思える。
- 9・在宅サービスまでもベッドレンタルや車いすレンタルの抑制をかけてしまうのではなく、在宅介護に対してはさらに手厚くサービスが利用できるようにしてほしい。

【山口】

- 1・このような制度を一刻も早く廃止してほしい。
- 2・医療区分を医学的に適正なものとする。
- 3・診療報酬はエビデンスに基づいたものにすべきであり、ペナルティ的な点数をつけるべきではない。
- 4・胃瘻患者の医療区分をあげてほしい。
- 5・現在のやり方は複雑すぎて事務的に時間がかかる。もっとシンプルにすべき。
- 6・医療区分、ADL区分、CPSの日々の評価に大変な時間を要する。もっと簡便な仕組みを工夫すべき。
- 7・医療難民、介護難民をつくらないようにしてほしい。
- 8・経管栄養実施中で、喀痰吸引がある。
- 9・現場の業務が複雑になり、医療業務に支障をきたす。
- 10・医療区分1は、経営もできず、大きな問題となる。
- 11・結果的に患者さんの行き場がなくなる。
- 12・少子高齢化が進む中で、このような施設を廃止に追い込む施策で将来本当に大丈夫なのか。不安に思う。
- 13・医療区分1でも在宅では対応できない患者がいる現状を知ってほしい。
- 14・高齢化と長寿、核家族等社会現象の中で、老々介護をし、自殺・殺人という悲惨な現状。

7-①国に対する意見(病院)

- 15・医療区分1と介護保険との報酬のアンバランス
- 16・政府が示している人員基準では、褥瘡患者が増加し、区分2を増やすことになるのでは？
- 17・介護保険は赤字の市町村も多い。今度療養病床削減をしていく中で介護保険を受け入れる市町村があるのでしょうか。
- 18・退院後の受け皿が不足しています。早急に受け皿の確保をお願いします、特に特別養護老人ホームは50から100人待ちです。順番がくる前になくなってしまいます。

【香川】

- 1・国の施策として、療養病床を15万床に大幅に削減を考えているが、慢性疾患など、ADLの低下により、在宅が困難であるにもかかわらず、実際には入所待ちのため、療養病棟から退院できない現状である。
- 2・必要、かつ十分な医療が提供できる環境にしてほしい。

【愛媛】

- 1・リハビリ上限設定のあり方。寝たきりで拘縮の強い患者に対しては継続的に専門職種の助言・訓練が必要。
- 2・療養病棟に入院している人の受け皿がない。老健は、入所しても6ヶ月で退所しなくてはならず、在宅では介護ができない。独居、老々介護など、様々な問題がある。国は予算削減のために病床数を減らすというが、そのことによって、どれだけの国民が負担を強いられるのか。予算削減でのデメリットを大きく発表してほしい。そのデメリットに対してどのような施策をもっているのかを発表して欲しい。「療養病床を削減します。あとは、国民の皆さんの責任でなんとかして下さい」という国の考え方はおかしい。
- 3・地方では超高齢者が高齢者の世話をしているケースが多く、また、年金も少ない。在宅に切り替え、デイサービス、介護サービスを利用しても負担が大きい。市の財政を優先するために、施設転換が困難であるという現状もある。このままでは生活困難をきたす老人が増える。

【高知】

- 1・今回の改悪で療養病床を持っている病院は途方にくれている。
- 2・病院つぶしはやめてほしい。
- 3・医療区分の早期の見直しを。
- 4・このままでは病院経営が無理であり、老人の行き場がなくなり、大変なことになる。
- 5・もっと医療、介護の現場を把握した上で、改定を行って欲しい。特に今回の療養病床再編は、高齢者が多い高知県にとってどうなるのか。医療、患者、家族、みんな戸惑うばかりです。
- 6・入院基本料の算定単位数を月単位にしてほしい。
- 7・へき地や離島に対する緩和措置基準も必要。
- 8・現在、医療療養病床から介護への転換が認められていないため、老人保健施設への転換もできない。転換が認可されるまでの間だけでも介護難民を出さずに医療療養病床を維持できるよう、医療区分2・3の拡大を望みます。また、移行しやすいよう、介護保険施設の施設基準の緩和も望みます。
- 9・療養病床を残して欲しい。
- 10・これ以上、医療への締め付けがエスカレートすれば、優秀な人材が医師になろうとしなくなる。社会保険庁や、各自自治体の相次ぐ不祥事や行政の天下り等ほかに無駄なことは、山ほどあるでしょ？
- 11・他の支出を減らせる施策があると思われる。タウンミーティング1回に1000万円以上を支出。考えられない。天下り即禁止！ 公共工事見直し、国会議員多すぎる。議員宿舎などいらぬ。法人税を上げる。介護行政を含めた福祉行政に一貫性がなく、ころころかわりすぎる。医療政策の誤りが日本の医療を壊していつている。数合わせでしか仕事をしない役人に医療の何がわかるのでしょうか。

【福岡】

- 1・無茶しないでください。
- 2・介護療養病床廃止にあたり、現在見直しが検討されている老人保健施設の人員、基準を医療療養病床との連携がとれる見直しをしてほしい。
- 3・医療区分1の入院基本料を引き上げること。
- 4・療養病床の再編は、現場の意見を取り入れて、介護施設との整合性も含めた再検討をお願いします。

7-①国に対する意見(病院)

- 5・医療費ばかり削減して、患者負担を増大させ、老人や弱者は死ねといわんばかりの改正に憤りを感じます。医療費削減の前に、官僚の無駄使いや公務員を削減すれば、医療費の削減や消費税のアップ等を行わなくても十分にやっつけられるはず。医療区分の内容は、患者に対する実際の看護度からかけはなれており、また、日々の区分の作業も手がかかり、業務が増えて大変です。
- 6・療養病床38万床を15万床に減らす数値目標を柔軟に対応して欲しい。介護保険適用の療養病床の施設基準は、今のままにして残して欲しい。
- 7・医療難民、介護難民が出ないような温かみのある政策を望みます。
- 8・患者負担増により、安心して医療を受けることができない状況になりつつあり、10月1日より施行された患者からの生活療養費も大きな負担となっている。又、療養病棟に入院中の患者の7割が医療区分2・3であり、評価を行うことは必要であるが、請求業務だけではなく、病棟でも事務量が増している。

【佐賀】

- 1・長くつづいた医療制度が見直されており、良い医療改革もありますが、経済的事情のみで、方針が変更され、特に介護療養病床等、現場に混乱を招いている。もっと、長い展望で改革をお願いしたい。
- 2・現場の医療は、机上の作業のように一定の線では区切れず、また、日々時間とともに変化し、いろいろな障害が加わるものです。現場を混乱させる政策はなくしていただきたい。また、圧倒的にマンパワーの少ない日本の医療に、欧米の質・サービスを求めることに限界があります。
- 3・介護保険制度後に在宅復帰を目指しているが、核家族が多いため、現実的には無理な状況である。さらに今後介護難民が増加していくと考えられる。
- 4・がんのターミナルケア期の患者さんで、食事が経口より入らなくなり、IVHを必要となるまでが医療区分2で、ケア・治療が必要でも点数があがらないのは、不合理。検討をお願いしたい。

【長崎】

- 1・受入れ先があれば返します。高齢者は、いつ急変するかもしれない人が多く、認知症の合併もあり、在宅では困難な患者さんが多いのが現状です。老人医療、介護保険の締め付けより、公務員の削減、減棒などをまず行うべきです。
- 2・区分2・3の範囲を広げて欲しい。
- 3・医療区分1は、病状の悪化に迅速に対応した結果である。何もしなくて病状が安定しているわけではない。病状が不安定な方は2にすべきだし、区分1の点数も上げるべき。
- 4・区分1の方でも看護職員の労力はかなりかかる。しかし点数が低くは療養病床ではみれなくなる。この方はどこに行けばいいのですか。介護施設も足りません。介護施設に入所できても、十分な医療が受けられず、対応が遅れて悪化し、結果として早く亡くなるのが予想されます。それでいいんですか？
- 5・医療区分の状態については、再検討をお願いしたい。
- 6・以前の初期加算のように、最初の一ヶ月間は、医療区分2～3の点数にしていただければ、ほかに医療機関が少ない地域の療養型でも、ある程度地域医療に対応可能となり、しかも長期の社会的入院を抑制できると思われます。
- 7・リハビリの日数制限に対して、国は介護保険で対応できるとの説明ですが、医療療養入院中ですと介護保険で対応できず、自費では混合診療となり、患者さんの状態悪化につながります。

【熊本】

- 1・病状による医療区分の見直し、細分化
- 2・CPSがあいまいで、判断が個人により変動する傾向がある。
- 3・医療区分1、2の対象者の中にも、要介護度の高い人が多く、在宅・施設等へ行かれても対応しきれないのが現状です。医療の現場をしっかりと見ていただきたい。
- 4・医療区分Eの点数があまりにも低いため、患者の負担は高くなく、退院を考えていただけない。基本料を一定化していただき、区分2・3の方には、加算点数という形をとっていただきたい。
- 5・独居の高齢者が多く、在宅では不安が残る。施設も待機者が多く、行き先がないため退院調整が難しい。
- 6・入院基本料AとEの金額の格差が大きい。1人にかかる看護提供内容には、大きな格差がないのに。
- 7・今後、増加する高齢者ケア・介護について、地域で適正にフォローしていく場合、療養病床だけの問題ではなく、特養、老健も1回がらからポンにして、高齢者の状態像にあわせた受け皿づくりをたしていくべきである。

【大分】

- 1・療養病棟医療区分の見直し
- 2・リハビリ日数制限の廃止

7-①国に対する意見(病院)

- 3・薬価基準を2分の1に下げる。
- 4・医療を削る前になすべきことを。全ての国の外郭団体の廃止。公団・公社等の公務員OBは、ボランティアで役職を全うしてほしい。わたり退職金はもつてのほか。
- 5・在宅医療は無理です。少子高齢化でほとんど全員が夫婦ともに共働きで、家にはいません。療養病棟に集中して療養の方が効果的です。悪化して医療費はもつとかかります。

【宮崎】

- 1・リハビリ日数制限の撤廃
- 2・療養病床削減の中止
- 3・経管栄養患者の受け入れ施設・病院の充実
- 4・老人保健施設の転換は、現行法の中では難しい。医療を提供するためには配置職員が少なすぎるなど、問題がある。この部分が整備された上で、方針決定を即されても、時間的に不十分。老人保健施設が第二特養とならぬよう、機能を強化してもらいたい。
- 5・介護保険導入(介護療養病床、老人保健施設)を県、市町村に相談するも対応が冷たい。
- 6・現場を知らない人が多いと思う。現場をもつと知って欲しい。方針がころころ変わり困る。
- 7・急に変更しすぎる。現場の実態を知らなさ過ぎる。
- 8・療養病床には需要があり、今後もある程度のベッド数の確保は必要である。
- 9・在宅へと簡単に厚生労働省は思っているが、現状が把握できていないのでは。今のままでは、老々介護や介護難民が増すばかりで、予防とはほどとおい。

【鹿児島】

- 1・混合病棟廃止のため一般病床へ転換。離島で医師確保が厳しい状況であることを保健所の職員は理解していない。
- 2・病状が改善すると入院基本料が下がるというやり方では、病状悪化のままで維持する考えも出てくる。改善することでの評価、点数設定等あるべきではないか。たとえば褥瘡など。
- 3・特定疾病については、区分2・3で固定し評価されるが、医療依存度が疾病に対してそれほどあるのか疑問。
- 4・看護要員の中で、看護と看護補助の割合は1:1であるが、医療的処置が増えると、看護職員の割合を増やさなくてはならない。結果的に看護職員の増員採用を強いられ、人件費が増大する。しかも、それで医療区分2、3の割合が増えたとしても、その収入増加に対する新規採用の人件費はカバーできないと考える。医療区分の見直しと再検討をお願いしたい。
- 5・以前の診療報酬に戻すこと。
- 6・こどもたちの「いじめ」による自殺者が後をたたない。これは、国自身が「いじめ」の施策(弱い立場の老人いじめ)を行っているからである。憲法に抵触するのでは？
- 7・入院基本料の見直し
- 8・単身世帯又は老人世帯の家庭では、医療区分が1でもADL2~3だと在宅では療養が困難であり、施設も不足している中では、療養病床でみていかなくてはならない。医療区分1の人は、食住費の負担が増加する。
- 9・国の改革の方向性は肯定されるとして、それを実施させるためには、段階的な移行措置をとるべきである。今回の改変は急激過ぎて対応できない施設が閉院に追い込まれているのも多くあると伝えられている。見過ごすことのできない現象である。
- 10・もつと現場を見ていただきたい。都市部と地方との環境の違いや、患者さん1人あたりの家庭状況などは様々です。保険診療はそれぞれにもつと柔軟に十分に対応できるべきものであってほしいです。
- 11・もつと現場の状況、状態を十分に把握して対応して欲しい。