

5-①医療区分1で退院困難な事例(病院)

5.医療区分1の患者で、退院困難な事例(病院)

【北海道】

- 1・金銭問題で退院できない(施設が高額であり、また自宅では生活できない)。
 - 2・生活環境問題(独居、冬季問題など)。
 - 3・重度の肢体不自由者で経管栄養を伴っている状態。
 - 4・重度の肢体障害で病状不安定(すぐに摂食障害を起こし、入退院を繰り返す)なため、施設でも受け入れが困難な患者さん
- 5~8
- ・特養や老健は、待機者が多く、いつになるかわからない。(4)
 - 9・意識障害、マーゲンチューブ、胃瘻その他で老健、特養での受け入れ拒否。
 - 10・胃瘻造設患者の受け入れ施設がない。医療行為を行える施設が無い。
 - 11・ガン末期だが症状の乏しい患者の受け入れ先が無い。
 - 12・麻薬等の疼痛コントロールは必要でないが、末期の悪性腫瘍患者。
 - 13・高齢夫婦で暮らしていたが、食欲不振及び脱水で入院加療中に夫が死亡。子どもも音信不通で退院後については施設入所が妥当と考えられるが、施設の空きが無い、条件が合わないなどで、なかなか受け入れ先がない。
- 14~16
- ・家族の受け入れ拒否(3)
 - 17・医療の必要度は低く、在宅や福祉施設での対応が可能であるが、介護力がなく、在宅では不可能。また、福祉施設入所の待機者が多く、数年まちの状態であるため。
 - 18 介護量が多いこと。施設に入所すると病状が悪化することなどから施設の選択が難しい。施設が決まっても、入所までの待ち期間が長い。
 - 19・毎日看護師がかかわらなくてはならない人(夜間対応の多い人)
 - 20・嘔吐をしたり、発熱を繰り返す患者
 - 21・胃瘻で全面介助のため、介護できず。自宅は困難。施設も胃瘻があるので、人数制限があったりで、行き先がみつからない。
 - 22・インスリン使用者で自己管理できない人。施設も医療行為ができる職員が限られているので、行き先が決まらない。
 - 23・寝たきりで家族の看護・介護では対処できないケースが多い。
 - 24・容態の急変がいつおきてもおかしくないケースがある。
 - 25・家庭の事情
 - 26・意識障害、摂食困難にて胃瘻造設、感染症を発病しやすく、発熱を繰り返す。又、喘息発作を起こしやすく、呼吸不全となるため、在宅及び施設での受け入れも困難。
 - 27・家庭では胃瘻管理、排泄管理が困難。施設はすぐに入所できない。
 - 28・基礎疾患をもっていて、在宅、施設では管理できない。
 - 29・無酸素脳症後遺症による痙攣、嘔吐を引き起こす可能性が高い。
 - 30・在宅では生活困難。待機者が多く、すぐには入所不可。
- 31~32
- ・地域に施設が少ない。(2)
 - 33・家庭の事情がわかると、退院を積極的に勧められない。
 - 34・急性病棟からの転棟が早まり、病状が安定しない。
 - 35・高齢者世帯が多く、介護力不足のため、退院ができない。
- 36~45
- ・独居で、介護をする家族がいない(10)
 - 46・特養では、胃瘻患者を受け入れない。
 - 47・老人世帯に看護・介護力はない。家族が在宅への受入れ拒否(認知症が進行している例)
 - 48・ADL困難なため、家族が介護できない。高齢のため急変に対する不安がある。
 - 49・検査データ値が不安定である。関節痛等の出現により、苦痛の緩和、湿布の貼付などの処置があり、自力では行えず、常に観察、処置が必要。
 - 50・老人世帯で、しかも身体が不自由。看護・介護をすることができない。
 - 51・経管栄養、インスリン注射、唾液吸引等ができる施設が非常に少ない。
 - 52・受け入れ先が見つからない。
 - 53・福祉施設に行く予定となっているが、家族との調整が進まず、行き先を決められない。
 - 54・胃瘻で寝たきり
 - 55・インスリン使用で寝たきり
 - 56・うつ患者で、状態安定しているが、退院するとうつが悪化し、拒食になるので、入退院を繰り返す。
 - 57・一人暮らし、全盲で生保を受けられない人。さらに、インスリン注射が必要で、誰が注射の医療行為を行うのか。
 - 58・寝たきりで、経管栄養の患者。
 - 59・自宅退院が現状では無理なため、施設を探しても、受け入れ施設がない。施設入所の申し込みをした場合、順番がきて見学にいくも、患者が施設入所を拒否。
 - 60・腹部大動脈巨大化があるが、高齢のために手術が不能で、いつ破裂をおこすか不明。

5-①医療区分1で退院困難な事例(病院)

- 61・狭心症を主訴とする患者で、入院中も発作する。
- 62・独居で、近くに相談する人もおらず、退院後について話をすると、精神的に不安定となり、ふさぎこみ、話ができなくなる。
- 63・腰痛症により入退院を繰り返しており、今回も軽快し、本人は退院したいが、家族がまた要介護状態になるのではないかと不安が強く、退院させられない。
- 64・妻が脳梗塞で入院中。夫は一人で妻を見る体力も精神力もない。妻は抑うつ的で不安定愁訴強く、夫は24時間拘束されてしまう。持ち家の古さから、バリアフリー住宅への転居を進めるが、夫は乗り気ではない。
- 65・常ではないが、意識消失発作有り、心機能低下が認められ、ペースメーカーの必要性があるが、ADL区分2～3に該当。医師も家族も治療、ペースメーカー装着は適応しないと判断され、現在も療養されている。
- 66・留置カテーテル、リハビリなどの医学的管理が必要なため
- 67・主治医が医学的管理を要すると判断したため
- 68・介助量が多く、独居困難で、施設入所待機中。
- 69・経管栄養、全介助だが、施設受け入れのめどなし。
- 70・人工肛門が自分で管理するのが難しい。
- 71・退院の方向でご家族の方とお話しても、ご夫婦とも仕事があり、日中は介護及び見守りができない。又、その婦人も精神科に通院して内服薬服用中で、困るとのこと。どこか施設にでも話しているが、予約してもなかなか順番がまわってこない。
- 72・区分1の患者さんは、車椅子等で移動も可能なために、見守りとか介助が必要で、在宅及び施設での入所などは手数もかかり退院は非常に難しい。
- 73・寝たきりで日常生活は、昼夜にわたって、全介助が必要であり、訪問看護などを利用することも検討したが、在宅では、介護者の体力を含めて能力が十分でなく、現在安定している容態が急変する可能性が高く、対処できないと判断される。
- 74・家族、患者とも当院以外の医療機関へ受診されたことなく、当院でなくなることを強く希望している。
- 75・病状の急変がおきにくいと考えられ、ADLもある程度自立しているが、転倒リスク、若干の認知症など、介助者の見守りは必要な方だが、在宅に向けて家族の受け入れが困難であったり、在宅サービスが十分でなく、入院が長期化することが多い。要介護度も支援又は要介護1である場合が多いために、施設入所も難しい。
- 76・本人が退院を拒む。
- 77・介護施設へ入所するお金がない。
- 78・介護ヘルパーや在宅サービスが少ない。
- 79・独居で、かつ、介護度が「要支援2」のような状態(在宅には不安が残るが、介護度が低く施設入所が困難)。
- 80・インスリンの自己注射ができず、看護職員が実施している状態(老健、特養施設では実質的に受け入れてくれない)
- 81・在宅医療が困難で、入所施設が少ない。
- 82・介護者も高齢で、在宅介護が困難。施設なども、待機者が多く、すぐには行き先が決定しない。
- 83・医学的管理を行うことによって、安定している患者さんを老健、特養へ送り出すことによって悪化し、戻ってくる。その後の受け入れ先をさがすのが困難。
- 84・地域の特性として、受け入れ可能な施設が少なく、また、待機者が多いため、入所が困難であると同時に、家族等においても介護力がなく(たとえば、共稼ぎ世帯など)受け入れが困難。
- 85・再燃性肺炎、脳梗塞後遺症等のため、自立度が低い患者
- 86・摂食障害で、経腸栄養を施行している患者
- 87・糖尿病の患者さんで、一旦退院したが、翌日低血糖により意識喪失を起こし来院。一般病棟から療養病棟に転棟し、インスリン療法を実施。姉がいるものの、既婚で同居不可。このため退院後1人暮らしとなり、帰宅しては低血糖を繰り返す。63歳で、福祉施設への入所は不可。
- 88～90・経管栄養(3)
 - 91・医療行為が必要(持続点滴、胃瘻)で、在宅や施設では不可能である。
 - 92・経口摂取可能だが、介助が必要で、嚥下障害がある。
 - 93・心不全、腎不全の管理
 - 94・胃瘻患者
 - 95・喀痰吸引患者
 - 96・独居、老々家族
 - 97・胃瘻患者を受け入れる施設がない。医療行為(注射、カテーテルの管理)が行なえる施設がない。
 - 98・がん末期で、症状の乏しい患者の受け入れ先がない。
 - 99・在宅で介護するのは困難なため
- 100・経腸栄養で、胃瘻を造設している方は、近隣の福祉施設では受け入れていただけません。
- 101・重度の認知症、幻覚、暴力暴言見られ、在宅は不可能

5-①医療区分1で退院困難な事例(病院)

【青森】

- 1・家族が仕事のため、在宅介護が不可能で、施設入所の相談をするが、経済的理由で施設入所を拒否している。
- 2・一人暮らしで、家族と連絡がとれない。
- 3・喀痰吸引、鼻腔栄養など、管理が大変な方の在宅復帰に家族が消極的なため、調整ができない。
- 4・骨折などのため、ADL困難な方。
- 5・疼痛コントロールは不要だが、末期がん患者
- 6・自宅がない、身寄りがないなど施設入所困難
- 7・経済的に、介護施設入所が困難な患者
- 8・在宅療養可能な患者であるが、転倒の既往があったため、家族は在宅への受け入れを拒否し、話し合いにも応じてくれない。施設入所は世間体が悪いとの理由で拒否している。
- 9・医療的には安定しているが、体動はげしく転落防止のため、24時間見守りを要する患者
- 10・食道からチューブの自己抜去がみられ、家族は夫が死亡、息子は独身、娘は精神遅滞等により、介護力不足と社会資源が不足している。交通が不便、インフォーマルなサービスも望めない。
- 11・家族は、夫が高齢者で、息子2人いるが、他県に在住のため、介護力不足である。

【宮城】

- 1・施設に申し込んではいるものの、いずれもかなりの数の待ちがあり、容易に移れない。自宅では老老介護で、これまた困難。
- 2・病状が慢性化して不安定。退院が決まっても発熱。食欲の低下。
- 3・ADL3の患者さんは、喀痰吸引が頻回に必要な場合が多く、在宅困難
- 4・在宅への受け入れが、家族だけでなく、患者本人も不安を抱いている。

【秋田】

- 1～2・独居で、世話をする家族がいない。(2)
- 3・精神疾患があり、施設が入所を拒む。
- 4・介護力がないため、在宅復帰が困難。経済面で施設入所を拒んでいる。
- 5・家族が在宅での看護・介護力がないため、受け入れを拒否。
- 6・1人暮らしだったが、息子の扶養になっている。家は、市営住宅の4階で、エレベータもない。部屋数も少なく、年1回の外泊しかできず、その時もソファーに寝ている。年金も少なく、介護保険を利用するにも、現在より負担が3～4万円増と見込まれ、とても現在の状況を変える(退院)ことは難しい。
- 7・独居の家庭で暮らすことは困難。
- 8・1人暮らしや老人世帯で、こどもが近くに住んでいない。
- 9・家族の関係が悪く、自宅退院を拒否する。
- 10・お金がないため、施設に入れなく、自宅でも見るひとがいない。
- 11・日中は家族が仕事でいないため、自宅で見れない。

【山形】

- 1・施設の空きがない。
- 2・家族の理解が得られない。
- 3・当院の退院を渋る
- 4・同居の家族がいるが、介護者が高齢であったり、入院が長期化しているために、在宅療養が困難である。
- 5・施設入所を希望しても、同居の家族がいるため、なかなか順番がまわってこない。
- 6・福祉施設入所中、病気が発症し、当院へ入院となった。現在病状安定し、介護力もある家庭ではあるが、洗濯物をとりにくる等での来院すらない状態である。今後の方向性につき、面談すると来院しなくなる。電話での対応も困難。今後、施設入所や在宅になった場合、再度病状不安定になったらどうしようという不安が家族にはある。

【福島】

- 1・腹部大動脈瘤があり、体位交換、移動等の介助に細心の注意が必要で、在宅・施設でのケアは困難。
 - 2・施設入所待ちだが、胃瘻を造設しているため、順番を後回しにされる。
 - 3・家族の希望で、施設より病院が安心と。
 - 4・施設がなかなか空かず、在宅介護もできず、そのまま病院で待機している状態。
- 5～7・家族が、在宅への受け入れが困難。施設待機が長期間になる(3)
- 8・一人暮らしや老人世帯のため
 - 9・一人暮らしで、要支援状態。家族がいても介護できず、サービスも受けられない。

5-①医療区分1で退院困難な事例(病院)

- 10・80代後半の女性。独居で子どもなし。身寄りとは他県。認知症あり。食欲不振。脳卒中で経管栄養を受けているが、老人ホーム入所には空きがなく、待機状態。
- 11・寝たきり、重度の認知症で、拒食状態で栄養低下している。脱水を反復しており、老人ホームと病院を往来している。

【埼玉】

- 1・福祉施設や在宅で対応が可能であっても、待機者が多くすぐには入所できない。また、在宅介護者が共働きだと対応できない。
- 2・95歳の女性で、食欲不振、吐き気、嘔吐のため、食事摂取量が極端に少なく、DIV管理が必要。
- 3・認知症で、行動障害の患者さん。在宅も困難で施設入所も難しい。
- 4・家族がいるが、仕事や高齢により介護ができない。
- 5・喀痰吸引、胃瘻の管理、経管栄養、留置カテーテルの医療、看護、処置が在宅ではできない。
- 6～7・経管栄養やバルーンカテーテルなどチューブ管理が必要な患者(2)
- 8・介護への抵抗等、認知症で問題行動を伴う患者
- 9～11・独居等で、自宅での介護力がない患者(3)
- 12・高度心機能低下を有するため、在宅不可能
- 13・病状安定だが、変動頻回にあり、要観察
- 14・家族の受け入れ態勢がない。
- 15・Aさん91歳。女性。日常生活自立度B1レベル。ほぼ手のかからないレベル。認知症なし。長女宅で3人暮らししていたが、Aさんは、長女に厳しく、長女は精神的にまいってしまう。Aさんが風邪で体調を崩し、入院となる。体調が落ち着いたので、家族と退院の話をするが、長女はAさんに対して体が拒否反応を示してしまうほどである。他にも子どもがいるが、Aさんの引き取りは難しいとのこと。介護施設への入所は介護度が低いので難しい。本人は当院への長期入院を希望。
- 16・重度の心身障害者のため
- 17・当院入院患者は、生活保護受給者が多く、家がない。また、車椅子では、在宅での生活は困難である。

【千葉】

- 1 住環境の整備不可(介護協力者がおらず本人も病院での療養を希望している)
- 2 自宅では介護する人がいないなど在宅での受入ができない。施設等はすぐ入れるところが少ない。金額面で折り合いが付かない。家族が納得できず、退院について非協力的である。
- 3・経管栄養であり、家族が受入を拒否。
- 4・96歳という高齢であり、ペースペーカー植込み、時々胸部不快感を訴えることから家族が受入を拒否し、本人も「ここでみとってほしい」と希望している。
- 5 吸引、血糖コントロール、経管栄養など区分2の定義には非該当でも医学的管理レベル上、地域の社会資源では受け皿になり得ない場合がほとんどである。
- 6 家族の介護困難
- 7 胃瘻の患者を在宅でというのは難しいと思う(当院では事例なし)
- 8 難病(特定疾患治療研究事業の対象疾患)、シャイ・ドレーガー症候群、小児麻痺等
- 9 認知症重度の車椅子レベルで身寄りが一人もいない。
- 10 生活保護者で60歳以下のため、老人介護施設受け入れない
- 11 生保63歳 H17.12月脳梗塞 他院にて6ヶ月経過後当院にリハビリ目的で転院。現在車イス自走可能 ADL区分1となるが老健施設への入所は本人の強い抵抗があり、バリアフリーの住宅は手配困難でADL完全自立に向けリハビリ続行中である。
- 12 保証人となるべく遠方にいる兄弟の協力(妻が拒否)が得られず施設申込が進展しない。
- 13 経管栄養でADLの悪い人は施設や在宅には移せない。
- 14 1.植物状態にて胃瘻の患者さん 2.慢性腎不全にて透析までは必要でないが、クレメジン、ウリメート、エポジン注など定期的検査をしながら、経過す、寝たきり状態
- 15 65歳男性、脳梗塞後遺症にて左麻痺、認知症なし。身体障害者の施設では「高齢のため難しい。待機時間もかかる」高齢者施設では「認知症がないため、受け入れできない」家族は、本人未婚。キーパーソンは亡くなった兄の嫁だが、高齢で在宅困難。
- 16・介護者が高齢、病弱、働いている等で介護力がない。
- 17・経管栄養、胃瘻で対応できる体制がない。
- 18・病状が不安定(肺炎起こしやすい、熱発しやすい)。
- 19・胃瘻造設があり、自宅には介護者不在のため、介護が難しい。
- 20・認知症あり、転落防止の為、頻回な訪室、三叉一マット使用にて常時観察が必要
- 21 在宅で看護・介護力が足りなく家族も高齢である。
- 22 医療区分2に該当しない状態で、介護施設での対応が困難な患者

5-①医療区分1で退院困難な事例(病院)

- 23 独居、老人家庭等で自宅介護が困難であり、施設入所まで待機者が多い為に退院ができない。特養入所までの期間として老健を申し込んだが入所前検査で癌が発見された為に治療を希望せず特に症状の出現がなかったが「癌」の為に入所を断られた。
- 24 ・四肢麻痺又は片麻痺(四肢筋力低下)で意志疎通困難、経管栄養、関節拘縮、バルーンカテーテル留置に全部該当であっても医療区分1となるケースが多く、到底在宅介護は困難。介護施設入所待ちは数年の待ち。又順番来てもバルーンカテーテル留置などを理由に入所拒否が現実的。
- 25 他病院に転院を考えるも医療区分1(点数が低い)なので受け入れてもらうのが困難。施設等も空き待ちの状態のところが多い。
- 26 けいれんが時々ではあるが出現。薬調節を行ったりしている。入院費の滞納がある。

【東京】

- 1 ・家族が在宅への受入れを拒否
- 2 ・胃瘻管理中、脳血管障害による後遺症で意思疎通図れず、問題行動あり。
- 3 ・皆さんが80-90歳の高齢であり、家庭環境、住環境によりご家族の受入れ体制が整っていないため、
- 4 ・施設入所には時間がかかること。
- 5 ・胃瘻、バルーン等は、介護施設での受入れが困難
- 6 ・本人、家族が退院を拒否
- 7 ・入院が長期になっているが、家族が他の施設への移動について動きがない
- 8 ・下肢麻痺の患者で在宅介護困難
- 9 ・医療区分1、ADL1の患者さんにおいては、介護度も同様に低いため、介護老人福祉施設への入所が厳しい。単身世帯や家族が介護困難とのことだと、若干不安(リスク管理のため)が残り、在宅療養につなげにくい場合がある。
- 10 ・重度の意識障害を伴い、経管栄養(経鼻・胃瘻等)を行っている場合、喀痰吸引も1日8回までは達していても、絶えず全身管理が必要であり、他病院や他施設への移動も難しく、まして在宅など介助者が高齢であり、在宅医療も困難である。
- 11 ・入院時はリハビリが必要だったが病状が安定し、医療区分1になった患者のケースで、高次脳機能障害等により、単身生活又は高齢者世帯の場合
- 12 ・介護度が2~3程度で、問題行動が見られるケース
- 13 ・在宅療養を望まない家族
- 14 ・受入れ可能な施設を探す期間
- 15 ・在宅では、介護施設などの退院をお願いしているが、本人、家族とも当院入院を希望していて、なかなか具体化できない。
- 16 ・目が不自由で独居ができない。
- 17 ・独居
- 18 ・老々介護(家族の負担大)
- 19 ・老健施設への入所希望がなく病院での入院希望
- 20 ・家族の受け入れがなく、在宅に戻れない。
- 21 ・脳梗塞後遺症があり、食事は自分でできるが排泄の世話をしなければならない。老人世帯ではできない。
- 22 ・認知症があり、全面介助しなければならない。施設受け入れ拒否。
- 23 ・生活保護受給者で単身の患者が末期がんで治療もこれ以上することがない。在宅に帰るのも急変の可能性と生活上の問題があって困難。
- 24 ・転院先が見つからない。
- 25 ・在宅介護つかれから二度と家庭に患者を帰してほしくないと訴える患者が多い。5年間の間に死亡するかもしれないので、継続してもらいたいと訴える家族が圧倒的。
- 26 ・顎関節が脱臼しやすい。
- 27 ・胃瘻による経管栄養が必要。
- 28 ・在宅の介護サービスの限度内では対応できない。
- 29 ・医療区分1で経管栄養にて栄養管理の必要な患者。脳血管障害後遺症にて高次脳機能障害廃用症候群あり。在宅では介護困難な患者。
- 30 ・家族が在宅の受け入れを拒否。
- 31 ・住環境の問題で在宅が困難。
- 32 ・末期がんの患者さんで、麻薬を使わず、消炎鎮痛剤やホルモン製剤等を使用している患者
- 33 ・胃瘻、腸ろうで高齢の患者
- 34 ・骨折後、痛み持続(ステロイド他使用)、食欲不振で、高カロリー流動食併用+甲状腺機能低下症+狭心症、Tb。痛み訴え強いが病識薄く、危険認知困難。子どもはいない。姪が面倒をみているが、仕事も家庭もあり、重圧となり、精神的にも限界。在宅では対応できないし、介護保険制度ではカバーできない。

5-①医療区分1で退院困難な事例(病院)

- 35・全盲に近いリウマチ患者。介助歩行は可能。老人保健施設は受け入れ拒否。子どもは娘のみで、嫁いでおり在宅は不可能。
- 36・全介助。意思疎通困難、経管栄養、喀痰吸引8回未満、在宅での受け入れができず、施設も受け入れるところなし。
- 37・介護者の高齢化
- 38・特別養護老人ホームの順番がなかなかこない。
- 39・しばしば急性の炎症をおこす。
- 40・65歳生保の男性。身寄りなし。糖尿病のために、両足切断。血糖値不安定。毎食前に血糖値を測定し、インスリンを調整している。独居は不可能。受入先なし。
- 41・83歳女性。腎不全、糖尿病、認知症、寝たきり、利用剤と点滴量を微妙に調整している。家族がいないため、在宅介護は無理。他の施設も引き受けるところがない。
- 42・単身で身寄りのない患者
- 43・60歳の男性、ADLはほぼ自立。高次機能障害による問題行動有。絶えず見守りを要するが、単身のため、在宅での生活困難。要介護対象疾患でないため、要介護申請できず、施設入所も不可。
- 44・80代の患者さんで、認知症もなく、食事自己摂取。車椅子使用可能であるが、家族も高齢で、家族自身の生活で精一杯ということと、家族の体調不良のため、在宅への受け入れを家族が拒否されている。
- 45・精神疾患のある方
- 46・65歳未満で、介護保険の取得できない方
- 47・介護度が1～3で在宅に介護力がまったくない方
- 48・高齢化社会にて、在宅での介護困難
- 49・認知症への対応困難
- 50・胃瘻の管理
- 51・経管栄養
- 52・患者本人が独居のため、自宅での療養が困難。

【神奈川県】

- 1・ADLが不安定のため、施設や在宅での生活が困難である。
- 2・家族が介護に協力的でなく、生活保護でしか収入がない。
- 3・容態の変化があるため、施設入所ができない。
- 4・医療区分が1でも、ADL区分が3の患者は施設でも在宅でも受け入れが難しい。
- 5・患者さんが高齢になると、兄弟や家族も高齢になっており、そのため、自宅に帰っても、介護力がないことが多く、施設、医療関係者の受け入れを希望する方が増えてきている。しかし、経済的な理由もあり、退院や転院等が困難になっている。

【長野】

- 1～2・独居にて介護者不在。(2)
- 3・長年、当院で在宅生活をフォローしてきた患者を医療区分1という理由で他施設に回せない。
- 4・長野は、冬と夏で施設入所のニーズが異なる。冬は寒く、在宅生活が困難であるが、老健もいっぱい入所できない。
- 5・帰る家がなく、経済的に無理。
- 6・認知症があり、在宅も施設も無理。
- 7・在宅療養を行うには、家が古く改修が困難。
- 8・Hさん、72歳男。変形性腰痛症にて治療入院後、一般病棟より療養病棟へ転棟。H15.12.25～H18.9.19まで療養後、保健師、ケースワーカー、家人と話し合い、退院になるも、9.21日に自宅で転倒。右肩骨折し、再入院。一般病棟で治療後、療養病棟へ転棟。長期にステロイド剤を服用し、骨そしょう症も進んでおり、独居暮らしのため、家人のサポートも難しい。
- 9・老人世帯で、在宅では暮らせない。病状が不安定で施設では受け入れられない。
- 10・家族が在宅への受け入れを拒否
- 11・施設が満床で、ベッドが空くのを待たされている。
- 12・経管栄養介護者は高齢で、老人保健施設、特別養護老人ホームでは看護師の配置が少ないため対応できないと断られることがある。(経鼻栄養で抜去してしまうことがある)
- 13・インスリン注射を要するが、自己注射は不可能。介護者も高齢のために対応が困難。介護保険の訪問看護は区分支給限度額の関係で不可。インスリンの回数が多ければ老人保健施設も受け入れ困難。
- 14・胃瘻で独居の方は、介護力不足。老人保健施設では経管栄養を受け入れるのに人数制限をしているところが多く、なかなか受け入れられない。特別養護老人ホームは入所できるめどがまったくない。

5-①医療区分1で退院困難な事例(病院)

- 15・息子と2人暮らしだが、息子は障害者。友人が少なく退院先を探しているが、お金がかかるところにはいけない。今までは患者がなんとか自立していたので在宅生活が可能であったが、ADLが低下しており、住居は2階のため、在宅も困難。
- 16・50代で、くも膜下出血を発症し、失語症と高次機能障害がある患者さんで、暴力行為が時々みられ、在宅では介護困難である。又、要介護1であるため、施設入所もままならない。
- 17・喀痰吸引、胃瘻の管理、経鼻経管栄養、留置カテーテル等の医療、看護処置が在宅ではできない。
- 18・家族がいるが、仕事、高齢などにより介護ができない。
- 19・認知症のため、徘徊や昼夜逆転などがあり、常に見守りが必要。しかし、家族が勤めていたり、高齢者で対応ができない。

【富山】

- 1～5・老々介護の家庭。(5)
- 6・施設への入所が適当だが、経済的に困難
- 7・胃がん患者で、今のところはなんとか食事が入っている患者。マーゲンゾンデによる経管栄養の患者
- 8・下肢の拘縮によりオムツ交換が困難な方や、オムツ交換時の暴力のある方。
- 9・胃瘻チューブ使用者
- 10・リハビリ期間をすぎても、リハビリが終わらない。
- 11・心不全、両側胸水貯留、近日中にIVH
- 12・病状が不安定で、常時医学的管理が必要。又、急変が起りやすい。そのため、受入れ施設がなく、独居老人の上、介護者がいない。
- 13・心不全の治療にて内服を服用し、急性増悪のため、点滴、酸素による医学的管理を必要とする。
- 14・86歳女性、右下肢切断後、寝たきり状態であり、喀痰よりMRSA検出し、微熱が続いている状態。息子と2人暮らしであり、「家では面倒見られない」と言っている。他の施設を申し込んでも、MRSAにて断られ、退院は困難な状態。感染症があると、どの施設でも受入れがスムーズにはいかない。
- 15・脳内出血を発生し、以後、反応もなく、植物状態である。患者さんが、口から食べることもできず、胃瘻を造設し、チューブから栄養補給を行っている。このような手のかかる寝たきりの患者さんは、区分2にすべき。
- 16・経口摂取が不可能となり、終末期にある患者
- 17・95歳女性、発熱で入院したが治癒した。ADLは時間がかかるが自立している。しかし、介護する息子夫婦が70代であり、介護力に限界がある。
- 18・日中、夜間とも介護をできる人がいない。
- 19・進行性大腸がんや胃がんなどをもっている(疼痛はない)が、家族の介護不足で在宅は不可。
- 20・家族の退院に対する認識不足
- 21～23・1人暮らしで受け入れる家族がない。(3)
- 24・59歳女性。平成15年8月脳梗塞(右不全マヒ)、16年1月1日に急性心筋梗塞に対して薬物にて保存治療。糖尿病に対して朝1回インスリン治療中。血糖測定は1日1～2回で、3回には至らない。嘔吐もあるが治療せずに改善。血圧変動が激しく180↑の場合も、90↓もある。鉄欠乏性貧血に対して鉄剤投与するが改善せず。ふらつきがあり、歩行器使用。職員の見守りが常に必要。H18年心不全のために胸水貯留した。利尿剤増量したが、腎不全悪化し、利尿剤を減量し、経過観察中。医療度は高い。勤務している夫と二人暮らしのため、日中の不安感が強く、夫は自分が退職するまで、退院は絶対にさせたくないと訴える。
- 25・介護力不足で在宅は無理。特養ホームへ申し込んでも順番が来ない。
- 26・経管栄養患者は、たとえ状態が安定しても、経管栄養チューブトラブルがおこった時にすぐに対処できないので、一定の医学的管理が出来る場所でないと管理は無理である。
- 27・施設入所希望するも、要介護度が低く、在宅も共働きで面倒みれない。
- 28・認知症があつて、常に見張っていないと転倒の可能性が高い人がいる。リハビリで脚力がつくが、逆に徘徊が増えて対応が大変になる場合もある。
- 29・脳梗塞既往歴患者で、自宅での急変時に不安がある。
- 30・廃用による関節拘縮が強く、家族が自宅での介護に自信がない。
- 31・糖尿病患者で、コントロールも良好となり、片麻痺も有するが、ADLもほぼ自立して、在宅療養も可能となった。しかし、妻とは死別し、長女と二人暮らしで、その長女がうつ病で、病状不安定なため、自宅には戻れない。
- 32・入院期間がながくなると、家庭内でいないことが当たり前となり、在宅で患者の介護をするという意識が家族の中でなくなっている。
- 33・地域がら、他人が家の中に入ることを嫌い、在宅への移行が進まない。また、核家族化で在宅での介護に対する意識も変化している。
- 34・65歳未満の方で、介護保険に該当しない疾病。障害施設にもいけず、また胃瘻もしているため、在宅も困難。

5-①医療区分1で退院困難な事例(病院)

- 35・定期内服等、一定の医療が必要で、また、日常生活全般においても介助が必要であるが、認知症、かつ、独居であるため、それが困難なケース。
- 36・異常行動、徘徊があり、喀痰吸引、バルーンカテーテル設置、経管栄養。介護度が低く、老人保健施設不可能。行き場なく、自宅は介護する自信がない。

【愛知】

- 1～3 ・高齢者世帯のため、介護力弱い(主たる介護者も高齢、病弱)(3)
- 4 ・子と同居であるが、昼間独居。高次脳機能障害により、一人での留守番不可(危険認識の低下みられ、立ち上がり等危険行動あり。常に監視が必要。ヘルパー利用でも限界がある。)
- 5 ・経管栄養
- 6 ・輸血必要(血小板減少症など)
- 7 ・もともと配偶者も子どももない人が3人いる(戦争時代の未亡人や、婚約者が戦死して独身であった人)。
- 8 ・施設入所を勧めても、家族の方から病状などから入院を望まれる。
- 9 ・食が細く、点滴等で補っている場合。
- 10 ・尿閉などで膀胱留置カテーテルを留置しており、カテーテルが閉塞しやすく、膀胱洗浄を連日行い、不定期にカテーテルの交換を行わなければならない。
- 11～12 ・胃瘻実施者(2)
- 13～16 ・身寄りがない(4)
- 17～19 ・金銭的に施設入所が困難(3)
- 20～24 ・施設入所は、待機期間が長く、困難。(5)
- 25 ・寝たきり状態で、体位交換、排泄の介助、栄養管理が必要。
- 26 ・リハビリ治療を継続する必要がある患者
- 27～28 ・介護度が軽く、施設では受け入れてくれない。(2)
- 29 ・介護者と2人暮らしであるが、介護者自身が要介護者となっていて、老健施設入所中。よって自宅での介護が受けられない。また、病名や年齢から介護保険適用外のため、介護サービスの対象外である。
- 30～32 ・認知症高度(3)
- 33 ・喀痰吸引、胃瘻の管理、経管栄養、留置カテーテル等の処置が家庭、施設ではできないため。
- 34 ・独居または老人世帯で、在宅に看護・介護力がないため。
- 35～37 ・家族の受け入れ態勢が整っていない。(3)
- 38 ・介護者が高齢のため、在宅の受け入れができない。
- 39 ・在宅介護をすでに1人しており、さらに一人は不可能。
- 40 ・独身の55歳の息子が介護者で、働いている。ADL区分は3で、歩くことができず、急変の可能性もある。
- 41 ・歩行不安定。筋力低下しており回復の見込みは薄いですが、リハビリは必要。
- 42 ・受入先がない。
- 43 ・H18年6月、総合病院にて肺がんが見つかる。医師より余命3カ月から半年と宣告され、放射線治療を行う。長男夫婦と同居しているも、昼間1人となり、もしものことがあっては心配とのことで当院に転院。ADLはほぼ自立であり、介護保険申請しても要支援となる可能性。そのため介護療養型や施設へつなげることが難しい。また、今後いつ状態悪化するかわからず、家族としては最後まで病院で看取ってほしいと考える。
- 44 ・疾病や高齢によるADL低下があるが、夫婦二人暮らしで老々介護のため退院困難
- 45 事例1) 55歳の男性。発達遅滞あり、独居で兄の会社で仕事をしながら自立した生活をされていた50代の男性。今年1月に脳梗塞発症後リハビリ入院されるも時折意識消失が起こるようになり、ADL的には自立もされ本来歩行可能だが転倒予防もあり車椅子主体になっている。今の収入は障害年金(6万/月)と貯金。前年は就労されており課税世帯。今後在宅での生活や就労も困難。家族は兄と姉がいるものの、仕事や家庭を理由に相談時間を作ることもままならない状況あり、意識消失の原因追及に時間も要したこと、家族のかかわりの薄さに時間を要しているが、今後は当面障害年金と預金で入所できる施設を相談してく予定。
- 46 事例2) 70歳男性。前医は3次救急病院。転院時より食事摂取に意欲がない症状あり。入院中に介護申請を行うも認定結果おらず、在宅調整目的で当院転院。状態が変わらないこと、また家族は難聴の妻との二人暮らしであり意思疎通もかなり問題があり、本人との関係でも本人は家に帰りたいが妻、他の家族は拒否的。介護認定がおきるまで施設も含めた見通しがでたないでいる。

5-①医療区分1で退院困難な事例(病院)

- 47 事例3) 71歳男性。細菌性髄膜炎で当院には9/19からリハビリ目的入院。転院時、介護保険、聴覚障害の身障申請中(⇒身障4級、要支援1へ)。飯場生活をされており前医入院中に生活保護に。ADLの回復状況により行き先を検討予定だったが、介護認定が出るまでは行き先も検討できずにいた。(前医での準備が遅れるほど時間がかかる)要支援1が出たことで施設の選択は不可になり今度は福祉APでの生活が可能かどうかを話し合っていく予定。
- 48 事例4) 65歳男性。頸髄損傷にて6月末から入院中。内縁の妻との二人暮らし。妻は半身麻痺あり再梗塞で他院入院中。障害の受容に時間も要し、本人のADL状況、妻の状況も見ながら在宅復帰が可能か検討を要している。最近施設入所の方向で話し合いがされており検討へ。本人、家族のリハビリ期待が強くあり現実的な選択のなかで今後の施設でのリハビリとの違いを認識していく必要がある。
- 49 その他)
医療区分、ADL区分が低い場合には介護保険も低い場合が多い。DMでインスリンなどで高薬価なものを利用している場合、施設入所も困難、在宅での安否確認など含めた必要なサービス調整が困難な場合がある。
- 50・在宅療養可能なため、患者さんに指導をするが、介護する家族の理由を述べ、患者さんの意気を尊重せず、即不可の返事をされてしまうこと。
- 51・一人ぐらしの患者さんの場合、親族の方の協力が得られず、退院指導が進まないこと。退院後の介護拒否のため、延期されてしまう。
- 52・胃瘻の施行にて、受け入れ困難。
- 53・嚥下に問題あり、介護量が多く、受け入れ困難。
- 54・病状的に退院可能であるのに、家族の受け入れ状態が悪く、なかなか退院が決まらない。
- 55・高齢なため、治癒までに時間がかかり、入院期間が長くなり、家庭での存在感が薄れている。
- 56・本来、老人保健施設がADL的にみても適応と思える方が、薬の量が多かったり、インスリンを打っていたりすると、転院先が確保できない事例が増えてきた。

【三重】

- 1・胃瘻栄養の管理が施設や在宅では困難な患者
- 2・体位変換が頻回な患者
- 3・高齢者の一人暮らしで、在宅での療養が不可能。
- 4・一人暮らしで、介護者がいない。
- 5・家族がいるが、昼間介護ができない。
- 6・家族が拒否する。
- 7・地域特性もあると考えられるが、どの地域でも介護保険適用の施設数が充足しているわけではなく、又、地方においては、夫婦共稼ぎをせねば、経済的に家庭生活が成り立たず、胃瘻造設後の医療区分1の患者さんなどは、老健施設も入所を拒み、退院は困難である。医学的には、医療区分1であっても退院困難で、又、老人保健施設への退所が不可能な患者さんが多々おります。
- 8・交通手段の不足
- 9・経済的問題と独居老人も増えてきているため、退院に向けての調整に時間がかかるケースが多くなっている。
- 10・高齢化により、独居老人や老々介護が増えてきています。一旦は、自宅に帰り、訪問看護を受けていても、又入院されると必ず施設をと希望される方が多いです。ヘルパーの充足または社会の受け入れ体制の充実を望みます。

【兵庫】

- 1・寝たきりの胃瘻の患者で心臓病の患者、胃瘻が必要であるし、看護の必要度も高い。
 - 2・老々介護で、とても退院できない。
 - 3・胃瘻造設、経管栄養の患者、インスリン治療を行っている患者、膀胱瘻の患者、ストーマ管理の必要
 - 4・高齢、認知症で、長期入院している患者は、医療スタッフへの依存が高く、医療サポートが少ない施設や在宅へ退院することに強い不安がある(24時間の医療サポートを要望)。
 - 5・長期間入院しているため、本人も家族も病院が安心だと感じている。
 - 6・在宅の受け入れ困難。家族も高齢者になっている。
 - 7・施設待機者が多い。
 - 8・超高齢で、寝たきり状態の人が多く、在宅への移行は困難。
- 9~11
- 9・経管栄養を実施中で、家庭では対応できず、施設も入院を拒否(3)
 - 10・在宅での介護力がない。
 - 11・家族の説明時には、現在の算定方法になることが予想されず、今になって退院を求めても、家族に理解がされない。
 - 12・老々介護で、かつ、年金生活のため、施設入所も経済的に困難。
 - 13・認知症があり、常時観察が必要で、在宅では対応できない。

5-①医療区分1で退院困難な事例(病院)

- 16・慢性心不全で、医学上相当生命の危険があるが、院内コントロールで小康を保っている。
- 17・独居で親族は遠方であり、退院先についての話し合いに親族が参加しない。本人の理解力も低く、話がすすまない。
- 18・夫婦二人暮らしの世帯で、生計のため介護者が就労中。高次機能障害があり、見守りでADLほぼ自立のため、要介護度が低く、施設への受け入れが難しく、又在宅においても十分なサービスが受けられない。
- 19・在宅での介護者がいない、または介護者がいても高齢である。
- 20・待機まちで、老人保健施設、特別養護老人ホームに入所が困難である。
- 21・費用の方で、身障手帳のある人は、介護保険対応になると経済的に困難。
- 22・家族の受け入れ拒否。介護保険の支払いができておらず、お金の面で施設も無理。
- 23・核家族、独居老人、老々介護などの社会的問題と、高齢であり、認知症や精神的な面で長時間1人で居る事に対する不安など。問題は一つではなく、複合的なことが多い。
- 24・施設を申し込んでいるが、入所待機に時間がかかる。
- 25・独居で、本人、家族とも今後のことを決めかね、何度も説明するが、どうどうめぐりになる。
- 26・家族の受け入れが困難で、福祉施設の入所待ち
- 27・単身世帯のため、成年後見を利用しないかぎり、入所・在宅、いずれのケースでも利用契約ができない。(当院該当患者2名。うち1名は親族申し立て、あと1名は市長申し立てで後見専任中)
- 28・十分な介護力が見込めるにもかかわらず、入所当初の条件にある退院後の在宅療養を拒否し、施設入所や療養病床での療養を家族が希望している。しかも、費用面でのハードルが非常に高く、その費用に対応した施設がない。
- 29・老人で、医療区分1。介護保険がないため、施設へ入れない。
- 30・身寄りがいないため、施設を申し込んでいない。
- 31・介護力がない。
- 32・生活保護を受けており、身寄りがまったくなく、身元保証人となるべき人がまったく居ない。
- 33・MRSA保菌者や、経管栄養実施者は、施設では受けいれてくれない。
- 34・喀痰吸引が頻繁に必要な患者

【鳥取】

- 1・独居でまったく身寄りがいない。歩行も困難で、食事摂取がやっとならざる状態。在宅の改修やサービス利用も金銭的に不可能である。

【島根】

- 1・胃瘻造設患者で、福祉施設などでは困難といわれている(ある一定数の受け入れは可能だが、チューブ管理が増すと現状の看護配置では困難)
- 2・喀痰吸引が夜間あると施設受け入れ困難。
- 3・経鼻栄養中の患者
- 4・感染症の保菌者
- 5・独居
- 6・経口摂取に時間がかかる。介護者就労中、介護困難。
- 7・膀胱内残尿が多くて、1日2回導尿をしなければならない。
- 8・自分自身で身の回りのことが十分にできずに、息子は独身で、勤めており、介助ができない。介護保険では区分支給限度額を超えてしまう。
- 9・医療区分2にはならないが、実際には、それに近い処置等を行っている(喀痰吸引が6~7回など)
- 10・家族の在宅受け入れ拒否
- 11・ほとんどが独居の方で、こどもは遠方に在住。もしくは身内がいても高齢の夫や身体障害者等で介護力が低下。

【岡山】

- 1・家族が在宅介護は無理で、かつ、施設入所はさせたくないといわれ、現在の医療法を含め、現状を説明するが、まったく聞き入れようとしていない。
- 2~3・施設が空かない。(2)
- 4・キーパーソンとなる家族が共働きのため、受け入れが困難。通所系サービスの利用などを進めても、なかなか合意がえられない。
- 5・肝硬変による腹水貯留を認める患者。現在は、病状は安定しているが、施設より入所は拒否される。家族も介護困難で受け入れられない。
- 6・老人世帯で、在宅に看護・介護力がない。
- 7・福祉施設入所待機者数が数百人おり、自宅で在宅サービスを利用しながら待機することも、介護者が高齢で病弱なために、困難。

5-①医療区分1で退院困難な事例(病院)

- 8・糖尿病あり、朝・夕食インスリンをしている。食事は鼻腔栄養。1人息子(独身)が世話をしているが、洗濯物を取りにくるのが精一杯で、自宅につれて帰る気がまったくない。
- 9・本人は寝たきりで家に高齢の介護者が1人しかいない。
- 10・若年であり、片麻痺のため食事がつくれない。
- 11・介護度が低くて施設の受入れがない。
- 12・胃瘻等による経管栄養患者
- 13・リハビリ必要患者
- 14・独居で身寄りもなく、ある程度の収入があるため、生活保護にも該当せず、寝たきりでまだら認知症のため、在宅へ帰すわけにもいかず、施設は保証人となる人がいないため入所できない。
- 15・車椅子生活ではあるが、ADLはほぼ自立。退院の許可は出しているが、長男の嫁と折り合いがわるく、受入れを拒否されている。施設の順番がきても家族が断っている。
- 16・脳梗塞後遺症と、糖尿病で、胃瘻、膀胱瘻の摂食機能訓練をしている58歳の女性。糖尿病があり、口から食べているが、ムラがあり、胃瘻も使用している。在宅では介護者がいない。

【山口】

- 1・点数が低いいため、他の医療機関が受け入れ拒否
- 2・経管栄養中で、神経因性膀胱のため、尿カテーテル留置となっている。
- 3・踵骨など下肢の骨折で30日を超えているが、歩行、日常生活等在宅での療養が困難な場合
- 4・腎盂がんで血尿があり。食欲不振
- 5・せん妄、ADLの低下が著明な患者
- 6・認知症、精神薄弱ぎみのため、受入れ先がない。
- 7・独居世帯で栄養失調での再入院
- 8・独居老人所帯で、適切な在宅治療が困難。
- 9・未婚で、仕事をしていない義理の息子との2人暮らしで、在宅では介護をしてもらえない。
- 10・長男の嫁と2人暮らしで、長男の嫁も高齢のため、介護が難しい。
- 11・長男と両親の3人暮らしで、妻も認知症があり、長男も現在求職中の状態で、認知症の夫の介護は困難。
- 12・経管栄養実施中で、喀痰吸引があり、家族が受け入れ拒否。
- 13・介護度が低いため、受け入れる施設の順番待ちの状態が長い。
- 14・1年以上の入院で、家族にお世話をする人がいない。共働きで、見る人がいないと家族の受入れがない。
- 15・独居で身元保証人がおらず、施設入所の申し込みができない。
- 16・105歳の母親を85歳の娘が一人で見いていたが、娘の病気が悪化し、世話ができなくなったため、退院できない。
- 17・家族が病院に入院していれば安心し、家では不安があると家族が受け入れを拒否。
- 18・循環動態が不安定(意識障害をきたす)
- 19・疼痛発作のリスクが高い
- 20・心不全の増悪を繰り返す(浮腫、尿量減少、呼吸困難ほか)
- 21・肝障害による高アンモニア血症の管理が必要
- 22・痙攣が時々発生し、セルシン注を施行するため、在宅困難であるし、施設入所も不能(抗痙攣剤も復調中)
- 23・認知症、片麻痺、経管栄養などでADLに介助が必要であり、家での介護力がない。
- 24・家族も高齢で、こどもも県外におり、受入れ困難
- 25・経管栄養実施中で、カテーテルを抜去し、誤嚥性肺炎をおこす危険性が高い。
- 26・家族の理解(病気に対する)がなく、糖尿病等食事療法が困難。
- 27・経管栄養は、安易に実施しているわけではなく、多くの問題があり、生命を維持するために行っている。高齢者の場合、1~2時間を要し、その間、十分な観察が必要で、老人保健施設では受け入れてもらえない。
- 28・身元引受人がいないため、施設入所が困難。
- 29・要支援2~要介護1程度のレベルの方が入れる施設が少ない。
- 30・高齢者の1人暮らしで、身寄りがいない方。高齢者夫婦だけの世帯。

【香川】

- 1・行き先が決まっていない。
- 2・胃瘻の管理、留置カテーテル、喀痰吸引が必要。
- 3・高齢で、インスリン自己注射ができない。
- 4・昼夜を問わず、大声を出す。
- 5・家族が受け入れない。

5-①医療区分1で退院困難な事例(病院)

- 6・家族が退院を望まない。
- 7・家族が高齢で、介護ができない。
- 8・退院しても家族が受け入れが困難である。入所施設の空床がない。
- 9・胸水、持続性肺炎
- 10・肺がん末期
- 11・糖尿病、慢性気管支炎で治療の必要あり、自宅は離島で1人暮らしのため退院困難。介護度が低く、介護施設へも入所できず困っている。

【愛媛】

- 1・長期療養中であるが、在宅での生活は十分可能な状態にもかかわらず、家人が受け入れない。
- 2・身体障害者である場合、施設入所は経済的負担が大きすぎる。しかし、在宅では対応できない。
- 3・独居であるため、退院後の生活が成立しない。
- 4・主な介護者である家人が病人。

【高知】

- 1・独居で、要介護度が低い患者。生活面でまったく自立とは言えず、在宅生活は難しいにもかかわらず、介護度が低いことから施設入所はできない事例(有料施設は経済的に難しい)
- 2・ADLはほぼ自立しているが、インスリンの注射が必要。入院前はアパート住まいのため、在宅の受け皿がなく、財政的にも厳しく、ヘルパー、介助も望めない。食事治療食である。
- 3・経管栄養を実施しており、独居。
- 4・家族が同居であれば在宅が可能だが、独居である。
- 5・実子が高齢で介護力不足である。特養、老健などの空室がない。
- 6・1日8回未満だが、喀痰吸引が必要で、医師・看護職員のチェックを要する。(特養、老健施設では状態の悪化に至る可能性がある)

【福岡】

- 1~2 ・行き先がない(2)
- 3~6 ・施設の空床待ち(4)
- 7~11 ・家族の受け入れが困難(5)
- 12・希望する施設が見つからない。
- 13・本人が入院を希望する。
- 14・独居又は老人世帯で、在宅に看護・介護力がない
- 15・患者の性格的な問題があり、家族での対応困難
- 16~17 ・特養を申し込んでいるが、経管栄養、バルーン、吸引などのため、受入れが困難。(2)
- 18・寝たきり状態で、在宅で介助する家族がいない。又、家族が仕事などでできない。
- 19・家族の住居が遠方のため、電話や郵送等の通信手段を使った説明や資料提供では十分に納得が得られない。
- 20・他の施設にいくと障害者医療症がつかえず、負担が高くなる。
- 21・喘息、慢性肺疾患、全盲、難聴、認知症、独居
- 22・金銭的に施設入所が無理だが、在宅でも介護者がいない。
- 23・区分2に該当しないが、医療的管理が必要(胃瘻造設で、たまに発熱する)
- 24・91歳、心不全。利尿剤注射投与にて治療中である。自宅に帰ると、家族に隠れてたべるので、短期間で再入院となるため、退院の許可が主治医からでない状態。
- 25・91歳、胃がん術後で、イレウスの再発を繰り返す。下痢を1日に5回以上、腹痛時ボルタレンSP25mg、アルピニー100mg使用している。食事量・水分量の管理が必要である。
- 26・ご本人、家族の支払い能力に問題があるため、次の施設に紹介ができない。
- 27・ご本人が高齢であるため、家族は最後までと望まれる。
- 28・在宅でも可能であるが、介護サービスを利用しても一人でいる時間に転倒のおそれがある。施設希望されるが、病状のため、受け入れ施設がない。
- 29・老人性うつ合併。認知症合併して介護家族の負担が大きい。かつ、行き先が限られる。
- 30・介護者が病気、高齢。
- 31・家族の理想が高く、リハビリのゴールを受容できない。
- 32・一人暮らしは困難で、年齢的に若いので施設入所ができない。
- 33・胃瘻のトラブル
- 34・認知症
- 35・ほとんど自ら体動もなく、食事、排泄、保清など、すべての面において全介助である。

【佐賀】

- 1・家族の受け入れが不可能

5-①医療区分1で退院困難な事例(病院)

- 2・病状が不安定なため、退院のめどがたたない。
- 3・リハビリができる期限内で、ADLの拡大が望めない。
- 4・年金のみ(3万円)の収入では、施設入所が困難で、又、在宅介護も不足である。施設が空くまではかなりの期間を要する。どちらにも動けない。
- 5・在宅サービスを利用しながら、夫を介護していたが、妻が骨折して以降、病弱となり、介護不可能となる。こどもも遠方にいるため、介護の手伝いは不可能。在宅サービスを利用しても妻の介護力では残りの時間を介護できない。
- 6・ADLの自立ができてなく、介護、介助が必要となる時、家族の負担となるため、なかなか受け入れが困難。
- 7・自宅へ退院したくても独居で家族がおらず、退院不可能。
- 8・症状が安定しているが、日常生活援助を常に要し、見守りが必要なため、家族の受け入れがなかなかスムーズにいかない。
- 9・症状不安定のケースも多い。
- 10・高齢独居で身体不自由で日常生活が困難。ヘルパー、訪問看護等のサービスで今までは何とかやっていたが、主人は死亡し、こどもは遠方なため。
- 11・胃瘻造設患者であり、認知症で、自分でカテーテルを抜去するため、管理が必要である。
- 12・疼痛コントロールは不要だが、末期の悪性腫瘍。
- 13・心不全コントロール期
- 14・介護施設待機者で在宅介護困難な方
- 15・在宅復帰に向けてリハビリテーションが必要な方が多い。
- 16・肝臓がんで腫瘍マーカー上昇。夜間不眠、食見なく、点滴1日500mlで管理、経口摂取と併用。

【長崎】

- 1~2・独居者、家がない。家族も身請け引き受け人もいないので、入所も困難(2)
- 3・胃瘻等の患者の施設入所枠が少ない。順番がまわってこない。
- 4・病状が不安定で、誤嚥性肺炎を繰り返し発症する患者
- 5・現在は病状が安定しているものの、高齢で循環器疾患(脳血管障害を含む)、呼吸器疾患など、慢性の基礎疾患を複数有している患者であり、医学的管理は必要。本人も家族も入院継続を望んでいる。
- 6・病状、症状の変化が多い患者は、施設や在宅にて看護・介護が困難と考えられる。
- 7・独居、高齢者のみの世帯では在宅においては看護・介護ができないと考えられる。
- 8・1人ぐらしの患者さんで、腰椎圧迫骨折による歩行困難となり、数日たってから受診され、入院となりました。安静期間中は、ベッドサイドでリハビリを行い、徐々に歩行訓練を行いました。ただ、ようやく歩行器での訓練を開始したばかりで、退院困難な状態ですが、医療区分2の規定にあるリハビリ実施30日を超過したため、医療区分1となってしまっています。

【熊本】

- 1・病状は落ち着いているが、胸部、腹部に大動脈瘤があり、急変が考えられるため、家族が不安で在宅拒否。施設も困難。
- 2・医療と介護の負担金の差
- 3・医療の必要度は低い、中程度の介護が必要で、家族の介護が困難なため、本人も家族も退院を希望しない。また、介護保険施設入所は費用負担が困難で施設入所を希望しない。
- 4・患者が高齢化、重度者になっているのに、それを受け入れる施設の待機者が多く、すぐには入所できない。在宅にしても、主介護者が高齢であったり、独居の為に退院できない。地域の夜間サービス体制も整っていないし、山村で交通の便からも24時間体制は厳しい。若い人と同居の場合でも、中央と地方では労働条件に格差があり、経済的な面から考えても介護する余裕がない。
- 5・胃瘻等の経管栄養実施者
- 6・介護力が十分でない家庭
- 7・独居高齢世帯
- 8・独居のため、身の回りの世話をする人がいない。一人では、食事のこともできない。寒さに弱い、冬に向けて在宅へとはいえない状況。
- 9・家がないため在宅はできない。歩行もできなくなり、介護量は増加している。時折熱発する。施設への申し込みはしているが、待機中。
- 10・独居で寝たきり状態の患者
- 11・喀痰吸引や経管栄養等の処置が在宅ではできない。
- 12・老人世帯、夫婦共稼ぎで、受け入れを拒否される。
- 13・本人と家族が不仲。
- 14・独居で、家族の支援が得られない。(ADLが見守り以上、認知症があるため、内服管理ができていない。夜間の排泄などで見守りが必要)

5-①医療区分1で退院困難な事例(病院)

- 15・同居でも、家人は昼間働いておられ、日中は一人で家庭でお過ごしで、経済的にデイサービスまでは利用できなかったり、介護度が低くて介護保険のサービスが受けられない場合。
- 16・重症認知症(徘徊などがあるため、家族の受入れがない)
- 17・悪性疾患で積極的な医療行為は無いが、施設や在宅での療養は困難。
- 18・在宅では、観察・判断が不十分となり、状態変化を来し易い。
- 19・独居生活であり、介護サービス調整が出来ない(実際の介護度と必要なサービス量が一致しない)
- 20・本人に慢性疾患があるため、施設側が拒否
- 21・市営住宅であり、改築困難。

【天分】

- 1・ADL区分3は、施設での対応が難しい。

【宮崎】

- 1・要支援認定のため、入所可能な施設が限られており、なおかつ待機者が多いため、退院困難。
- 2・経管栄養患者の受入先が極めて少ない。在宅への退院も抵抗がある。
- 3～4・老人ホーム待ちの期間が長い。老健施設入所までも待ち期間がある。(2)
- 5～6・介護者がいないため、在宅は無理(2)
- 7・脳梗塞後遺症で寝たきりで重度の意識障害があり、食事胃瘻からの経管栄養で、投薬、治療の必要な患者さんで、退院しても独居で介護力がなく、施設の受入れが困難。
- 8・入所施設がない。
- 9・104歳という超高齢者に家に帰れというのは難しい。(こどもはすでに他界)
- 10・受入先が決まっていない。
- 11・心疾患があり、又、高齢のため、容態の急変がおきやすい。退院先の施設等を探すが、待機者が多く、すぐに入所というわけにはいかない。グループホームは受入れ拒否であった。在宅は家庭問題もあり、困難である。

【鹿児島】

- 1・在宅あるいは施設入所の可能性がない。
- 2・50歳代で軽度の麻痺があり、自活が困難。身内は入院中であり、住んでいたアパートが家事で消失したため、自宅もない。生活保護と救護施設の入所を申し込んだが、100万円程度の預金があったため断られた。
- 3・生活保護で自宅がないため、老人保健施設へ申し込みをし、待機中だが、緊急性の高い人が優先であり、いつ入所できるかわからないといわれた。
- 4・寝たきり状態で、食事、その他について全介助が必要。
- 5・介護者が高齢
- 6・在宅では、胃瘻、経管栄養、吸引などの処置に対応できない。
- 7・インスリン注射の方は施設入所を断られる。
- 8・自宅で家族の見守りの人が居ない独居である。
- 9・糖尿病、インスリンにて治療中。主人が病気のため、自己での治療はできない。
- 10・病状困難、食欲がない。
- 11・全介助で家族では介護不可
- 12・要支援者で、インスリン注射を1日2回行っている。独身であるため、軽費老人ホームを申し込んでいるが空きがない。インスリン注射の指導をして自分で出来るようになったが、時々低血糖を起こす。
- 13・慢性腎不全により、透析導入前で状態が変わりやすい。介護者も入院しており、介護する人がいない。身の回りのことは指示や部分介助があれば自分でできるが、介護者がいないと在宅生活は困難。本人筋力低下あり。要支援1で施設入所も困難。
- 14・本人、家族が、施設に行くことも自宅に帰ることも拒否。
- 15・家族と連絡がとれない。
- 16・認知症の患者で、鼻腔栄養チューブをしており、何度となく抜去するため、在宅での管理も厳しく、施設からも断られる。
- 17・本人は長男宅で同居をしたいと思っているが、嫁との仲が悪くて同居できない。
- 18・独居又は老人世帯で、在宅で看護・介護力がない方が非常に多い。医療行為が多いのに、区分があがらない。
- 19・自宅に介護者がいない。高齢2人の生活である。
- 20・施設の申し込みをしているが、空きがなく待っている。
- 21・病院から施設への移行と、従来特定疾患で負担が免除されていたものが施設では受けられず、施設の入居料が支払えないという患者もいる。
- 22・在宅での介護が難しく、介護者が高齢で他の家族は遠方で自宅独居になる場合。
- 23・家族が仕事をもっているため、在宅での介護力、見守りなどができない。

5-①医療区分1で退院困難な事例(病院)

- 24・施設入所を検討する際に空きがなく、待機期間の目途が立たない。
- 25・施設入所は、費用の面で難しい。
- 26・身寄りが無く、在宅は不可能
- 27・経管栄養、胃瘻の対応やバルーン処置の管理が在宅では難しい。
- 28・年齢が若く、施設(介護)や在宅でも介護サービスが受けられない。
- 29・ADL(3)胃瘻よりの流動食、心疾患もある上、介護人が老夫のため自宅での介護は困難。
- 30・ADL(3)独居老人で、全盲に近く、毎日インスリン注射

5-②医療区分1で退院困難な事例(有床診)

5.医療区分1の患者で、退院困難な事例(有床診)

【宮城県】

- 1・年金支給額が少なく、支援する家族がいない。
- 2・胃瘻を造設している。
- 3・がん末期患者である。
- 4・家庭の事情

【秋田県】

- 1・施設の入所申請を行って3年以上経過しているが、寝たきりで経管栄養、喀痰吸引を行っていることから入所に至っていない。息子と二人ぐらして日中独居になるため、在宅は困難。

【福島県】

- 1・本人が家族への負担になることを望まない。家族が遠くにいるため本人は、住み慣れた土地での生活を望んでいる。
- 2・引き取り先がない。家もない。

【富山県】

- 1・認知症があり、すべてに見守りが必要

【愛知県】

- 1・介護者が高齢、または独居
- 2・経腸栄養及び胃瘻
- 3・要介護認定度が低く、福祉施設に入所しにくい方で、胃瘻があつたり、認知症があつたり、トイレの介助が必要な人は家にもかえることができない。
- 4・経管栄養中であり、高度の貧血になる可能性がある。
- 5・高齢で食事摂取が不安定、肺炎になりやすい。
- 6・患者の体格が大きく在宅では身動きがとれない。
- 7・家に帰すと、褥瘡等がすぐに出現してしまう。

【三重県】

- 1・MRSA感染症、病状不安定(90歳女性)
- 2・息子が2人いるが、幼児がおり、2DKのアパート暮らし。特養も年齢的に無理。脳梗塞後遺症で一人暮らしの自信がない。そううつ病(59歳女性)
- 3・てんかん。家族は姉2人だが、それぞれ家庭があり、引取り困難(63歳男性)
- 4・胃瘻の方で、寝たきり、意思疎通困難なため、24時間介護が必要。
- 5・脳梗塞後、経鼻経管栄養中。
- 6・喀痰吸引が1日7回以下

【兵庫県】

- 1・胃瘻をしていて、家族の人が管理するのが難しいとき。施設が受けいれてもらえないとき。

【鳥取県】

- 1・一人暮らしで退院しても生活が困難な人
- 2・胃瘻をしており、絶えず湿疹、褥瘡等の管理が必要。家人では介助できない。
- 3・喀痰出易い。精神的に不安定、下痢しやすい等、家庭では看護困難。
- 4・介護者も高齢
- 5・胃瘻の管理が家族では無理

【島根県】

- 1・気管切開、頻繁に喀痰吸引を要する。膀胱カテーテル留置中で、褥瘡発生の可能性あり。
- 2・老々介護で在宅にはできない。
- 3・喀痰吸引
- 4・経管栄養の管理困難
- 5・寝たきり状態にて、家族が高齢のため

【岡山県】

- 1・施設入所の待機者が多く、すぐに入所できない。身寄りの無い方で在宅での暮らしに不安を感じている。お金もない。

5-②医療区分1で退院困難な事例(有床診)

- 2・嫁と折り合いが合わないため、家族が受入れを拒否。
- 3・認知症のため、家族が在宅への受入れを拒否。
- 4・家人も療養中にて、自宅での介護が困難。
- 5・本人に知らせず、息子が住居を売却し、在宅は不可能。他の施設では自己負担が増すので困難。
- 6・本人が退院を希望しない。
- 7・家族に説明しても適当な施設が無く、自宅での介護は、家庭に介護をする人がいない。
- 8・病状不安定で、医学的管理が必要であり、ケアに手がかかる。在宅は無理。以前1名老人保健施設に入所されたが、程なく肺炎でなくなられた。

【山口県】

- 1・現在の医療政策と受診抑制がかかり、また、入院を希望する患者も減り、近々入院をやめる予定で考えている。当地区には当院しか入院施設はなく、近隣の市の病院まで30-50分かかりますが、これ以上は限界です。
- 2・息子さんが遠方で引き受けが困難なため退院ができない。
- 3・歩行困難で車いすが必要であるが、住環境的に在宅生活は困難。又、自己導尿が必要であるが、家族での実施が難しい。
- 4・重症の疾患があり、あわせて認知症があるので、在宅での介護が困難。

【香川県】

- 1・独居老人のため、退院後の不安が強い。

【愛媛県】

- 1・胃瘻留置中。老衰、全身の衰弱が強い。尿路(膀胱)バルーン留置中。在宅で看れる人がいない。仕事の関係で看れない。老人しかおらず、看れない。
- 2・パーキンソン症候群で継続的リハビリで管理が必要。
- 3・ご家族がお世話できない。

【高知県】

- 1・悪性腫瘍により入院中。現在は病状が落ち着いているが、病状経過を見ていく必要がある。認知症もあり、在宅における介護力が低い。
- 2・心不全があり、時に増悪を認め、酸素吸入等、全身管理を必要とする場合がある。
- 3・在宅への受け入れが無理な患者の受け皿となる施設がない。

【福岡県】

- 1・家族がなく、又歩行時にふらつきが常時あり、転倒の危険性が大である。
- 2・多発性肝嚢腫、腎嚢腫があり、時々感染有り、腫瘍熱発がある。
- 3・週3回の人工透析施行中。自宅より通院が不可。
- 4・老人独居
- 5・家族は遠隔地にいるか、独居でも昼間は不在。家事労働、食事は一人では困難。
- 6・山間僻地で公共交通機関の利用もできず、在宅は独居。
- 7・病状は安定しているが、一定の医学的管理を必要とし、また、病状が急変しないとも限らない患者が多く。在宅での治療は無理な患者がほとんど。
- 8・もとは独居であり、認知症もあるため、家族の受入れも悪く、入院施設も申し込んでも目途がたたない。
- 9・腸閉塞をおこしやすく、日常的に監視を要する。
- 10・食事の摂取が悪く、食事を与えることに注意が必要であり、栄養状態の把握を必要とする。
- 11・入院前は兄弟と生活していたが、自宅を処分され、戻れない。
- 12・78歳男。病名：高血圧。狭心症、気管支炎、骨粗鬆症、慢性腎不全。独居老人で、寂しく食う気が出ず、3～4日食べない状態で発見され、福祉の職員に運ばれて来院し入院。衰弱著明(体重35.5kg)。高血圧(172-94)、狭心症の発作を週2～3回認める。
- 13・脳出血、高血圧、骨粗鬆症、不眠、湿疹、便秘、胃炎で、H16.9.28より入院中の患者さん。ほとんど自力では動けなくなり(認知症と、意欲低下により)看護職員の昼夜2～3時間ごとの体位交換、摘便などを要する。
- 14・気管支喘息と高血圧で、重篤に陥りやすい。
- 15・難病があり、家族が遠方に在住。
- 16・病状が不安定で、医学管理が必要。
- 17・ペースメーカー埋め込みの患者
- 18・喘息の管理を要する患者
- 19・自宅がない(入院中にアパートを引き払った)

5-②医療区分1で退院困難な事例(有床診)

20・独居で認知症があり、自宅で1人では生活が困難。

【佐賀県】

- 1・夫婦共働きで、昼間家庭内に誰もいない。徘徊もある。
- 2・視力障害、歩行不能、インスリンの自己注射不可
- 3・腰椎椎間板ヘルニア、腰痛著しく歩行困難。1人暮らし。
- 4・56歳で、脳梗塞後遺症で片麻痺があるが、ADL8点。しかし、家族が在宅を拒否。特養も待機。
- 5・単身で生活保護対象。一定の医学的管理が必要であり、在宅は困難。
- 6・医療的処置も必要で、息子夫婦と同居だが、共稼ぎで、介護ができない。
- 7~8・独居であり、医療の必要な患者(2)
- 9・家族の受け入れが困難
- 10・不明熱持続後で、回復期にはあるが、不安定。
- 11・家族での介護や通院での治療が困難。
- 12・退院すると肺炎を繰り返すため
- 13・糖尿病で毎日のインスリン注射を行っており、在宅では本人注射ができない。血糖チェックも必要。
- 14・頭痛、腰痛、めまい、頻回の訴えがある。
- 15・身よりもなく、独居になると精神的に不安定になる。

【長崎県】

- 1・患者さんとその家族(息子と嫁)が仲たがいでいるため。
- 2・腰痛、膝痛の訴えがあり、治療の必要がある。
- 3・起居、日常生活の介助を必要とする。
- 4・常時大きい声で意味不明の発声が続いている。
- 5・施設入所の待機まちが多い

【熊本県】

- 1・離婚問題を抱えて家族が受け入れを拒否。
- 2・糖尿病インスリン自己注射困難(正確な)インスリン量の目盛りが読めないため、低血糖の恐れあり。
- 3・自律神経失調症にて、症状不安定度が高い。
- 4・発熱頻発
- 5・軽い認知症がある方で、家族が受け入れ拒否(義母が入院中であるが、自宅で義父を看ている。仕事もしなくてはならず、要介護の義父を看ながら認知症の義母をみることは困難)
- 6・両膝OAがあり、車椅子移動状態。家族が他県に在住しており、本人は他県に行くのを拒んでいる。
- 7・膀胱ろうを設置している片麻痺の患者。老妻と2人暮らしで、介護困難。
- 8・HTLV-I 脊髄症
- 9・両下肢廃用性萎縮
- 10・慢性肝炎
- 11・本態性高血圧症
- 12・両下肢萎縮で、歩行できず、平行棒による歩行訓練をしている。膀胱・直腸障害のため、留置カテーテル、膀胱洗浄、浣腸の繰り返し。褥瘡形成有り、嚥下障害で1時間以上かけて食事をさせる。知的障害あり。
- 13・家族との折り合いが悪く、在宅への受け入れを拒否。本人も在宅を望まない。
- 14・息子夫婦が遠方において、ずっと一人暮らしの生活で今のところ在宅での生活が無理。他の施設に行く気はない。
- 15・息子夫婦が仕事にいつている間、一人の生活で高齢で身体を動かすのが困難な状況にて、在宅は無理。
- 16・家族が受け入れを拒否する。
- 17・独居老人であり、認知症、歩行障害があり、高血圧症や心不全のコントロールも大変であり、服薬は困難。家族はいずれも県外で生活をしており、引き取る意思がない。
- 18・24時間体制で介助を必要としており、自力では何もできない状態。
- 19・施設、在宅は本人が希望されなかったり、家族の受け入れがなかったりする。
- 20・住宅環境の問題と、住居が遠方のため、通院不可能。独居者が多く、現在のところ、退院は不可能と判断している。又親類などを通じて行き先を相談中。
- 21・ご家族の負担が厳しく、又、当人が帰宅を望まない。
- 22・自宅もなく、独居で介護する人もいない。
- 23・受け皿が困難

【宮崎県】

- 1・老人世帯で、小さな店で商売をしているため、老人を世話できない。

5-②医療区分1で退院困難な事例(有床診)

- 2・現在は安定しているが、病状の急変が予測される。
- 3・寝たきり状態のため、家族が受け入れができない。また、経管栄養等の管理も難しい。

【鹿児島県】

- 1・独居老人で家族が近くに住んでいないうえに、家族は仕事を持っている。
- 2・独居老人で家族が近くに住んでいるが、仕事があり在宅介護ができない。住宅改修を行い、一度退院となったが、生活不可能で再度入院。現在さらに住宅改修中。
- 3・息子と同居だが、仕事が忙しく介助はほとんどしていない。患者は認知症がはじまっており、退院を希望していない。
- 4・家族が昼間仕事で留守のため、在宅は困難。
- 5～6・独居老人であり、施設入所待機。(2)
- 7～9・在宅で介護者がいない。(3)
- 10～12・家族が受け入れない。(3)
- 13・脳動脈術後(くも膜下出血)
- 14・ペースメーカー術後
- 15・てんかん
- 16・本人が在宅を望まない。
- 17・インスリン自己注射が高齢のためにできない。同居家族もおらず、独居である。糖尿病の経口薬ではコントロール悪化し、すぐ感染症を生じるため、インスリン製剤を切り替えられない。
- 18・独居老人であり、介護者もいないため、退院が困難である。
- 19・体重超過気味で、末期がんで寝たきり状態にあり、インスリン注射が1日3回必要な患者さんで、高齢の妻が在宅で介護の受け入れを拒否している。
- 20・疼痛があり、歩行困難な方や、歩行に対してふらつきがある。
- 21・起立性のめまい、及び動揺性めまいがあるため。
- 22・容態急変の可能性が低いが、一定の医学的管理を要する。
- 23・独居で在宅に看護・介護力がない。住環境の不備、本人の在宅生活に対する意欲がない。

【都道府県不明】

- 1・金銭的問題と、在宅で看護・介護を行える者がいない。
- 2・肺結核後遺症にて、左肺はほとんど硬化しており、動作時の息切れあり。しかし、酸素吸入は施行しておらず、ヒュージョーンズの分類においてもVには相当しない。しかし、自宅に戻っても独居であり、生活できないため、入院継続の必要性あり。

6.医療区分2・3に該当すべき状態像に寄せられたご意見(病院)

【北海道】

- 1~7 ・インスリン投与で、自己注射不可(7)
- 8 ・脳血管障害などにて、重度の肢体不自由者で経管栄養を伴っている状態
- 9~10 ・がん、肺炎などの急性期治療後の廃用症候群の状態(2)
- 11 ・意識障害、マーゲンチューブ
- 12 ・肝硬変の患者、腎不全(透析に至っていない)、特別食の必要な患者さん
- 13 ・脳血管疾患に係る医療区分がない。よって必然的に区分1となるが、脳血管疾患の患者さんは喀痰吸引や胃瘻の管理が必要な患者が多いが、定義や留意点で制限されていて算定要件が厳しい。
- 14 ・自宅にて、急に傾眠となり受診。検査の結果、多発性脳梗塞と診断。麻酔等はないが現在でも急に意識消失状態に陥ることや、食欲不振を訴えることがたびたびで、常に観察と緊急事態に対応できるようにしている。
- 15 ・リウマチ、肺炎、呼吸困難
- 16 ・高齢者の多くは、心不全が悪化することが多く、中にはイン、アウトの管理が必要な方は日常生活上の管理を要する。胃瘻、経管は看護師でなければできなく、医学的管理を要することである。喀痰吸引が8回となっているが、その回数前でも生命と安全を守るためには、吸引する場合は区分2とすべき。
- 17 ・血管確保のためのIVHの場合(IVHを挿入してまでも、血管確保が必要ということは病的にも良好ではない)
- 18-20 ・尿カテーテル留置(3)
- 21 ・気管切開
- 22-34 ・経管栄養(12)
- 35 ・経管栄養を行っているが、認知症があり、常に目が離せない。
- 36-55 ・胃瘻(19)
- 56 ・鼻腔栄養、胃瘻の場合の嘔吐等は、医療区分2で、その他は1とはおかしい。その他も2に
- 57 ・重度意識障害
- 58-63 ・毎日の喀痰吸引(8回未満)(5)
- 64 ・悪性腫瘍患者(麻薬使用以前の状態でなんらかの治療が必要な状態)
- 65-67 ・ADL区分3の患者(3)
- 68-69 ・リハビリ実施中の発症30日超患者(2)
- 70 ・食事や水分摂取量にムラがあり、「脱水が予測される状態」での予防的な点滴治療を要する場合
- 71 ・痙攣発作があり、常に観察が必要。
- 72 ・重度の意識障害があり、気管切開をしている状態。(発熱なし)
- 73 ・今後、悪性腫瘍の悪化により、疼痛コントロールが必要となる患者
- 74 ・摂取不良により脱水を起こす可能性が高い患者
- 75 ・尿路感染症
- 76 ・肺炎
- 77 ・転倒を繰り返す患者
- 78-79 ・誤嚥性肺炎を繰り返す状態(2)
- 80-81 ・せん妄、暴力は目を離すことができないため、日数限度を緩和すべき。(2)
- 82 ・認知症
- 83 ・胃瘻造設しており、認知症もあって、自己抜去することがあり、処置を要する。
- 84 ・検査データ値が不安定である。関節痛等の出現により、苦痛の緩和、湿布の貼付などの処置があり、自力では行えず、常に観察、処置が必要。
- 85 ・IVHを入れていない状態でも、輸血量が多い場合は、脱水の治療として7日のみで制限されるのはおかしい。
- 86 ・導尿
- 87 ・血糖測定
- 88 ・喘息発作
- 89 ・うつには該当しないが、不安神経症的な訴えが頻回のケース
- 90 ・がんで、消化管出血が継続している場合で1週間を超える場合
- 91 ・慢性腎不全
- 92 ・肺機能低下で酸素吸入を行っていない人
- 93 ・全盲でインスリン注射が必要な人
- 94-99 ・全介助を要する患者(5)
- 100 ・バルーンカテーテル挿入
- 101 ・脳機能障害があり、経管栄養、用便を含む生活上の介護量が極めて多く、かつ、なんらかの急性病をしばしば発症するもの(脳梗塞で、要介護4以上)

6-①医療区分2・3に該当すべき状態像(病院)

- 102・人工肛門管理の患者
- 103・原因不明の重度の貧血
- 104・寝たきり患者
- 105・重度のせん妄状態については、1週間単位での評価は不可能である。
- 106・嚥下障害
- 107・嚥下障害のため、誤嚥性肺炎を繰り返した場合、状態が落ち着いても、家族、施設とも引き取りを渋ってしまう。
- 108・持続点滴
- 109・経口摂取可能だが、介助が必要で、嚥下障害がある。
- 110・心不全、腎不全の管理
- 111・肝硬変の患者
- 112・透析まで至らない腎不全患者
- 113・特別食の必要な患者
- 114・排尿通、血尿で内服の治療が必要。

【青森】

- 1・経管栄養の患者
- 2・悪性腫瘍の患者
- 3・透析導入前の慢性腎不全患者
- 4・30日を超えてリハビリテーションを実施する場合
- 5・気管支炎、心不全の重篤な状態に対する治療を実施している状態
- 6・24時間点滴や肺炎に関する日数制限の撤廃
- 7・導尿などの処置
- 8～9・8回未満だが、毎日喀痰吸引を要する患者(2)
- 10・注射、点滴を要する患者
- 11・ストーマ交換
- 12・医療的には安定しているが、体動はげしく転落防止のため、24時間見守りを要する患者
- 13・インスリン注射
- 14・ネブライザー頻回
- 15・四肢拘縮・体位変換
- 16・嚥下障害にともなう、むせや誤飲
- 17・栄養チューブの1日3回以上の自己抜去

【宮城】

- 1・パーキンソン関連疾患
- 2・肺気腫、尿路感染、肺炎
- 3・喀痰吸引、胃瘻の管理、鼻腔栄養の管理等
- 4・インスリン注射
- 5・血糖チェック、毎日2回づつしている。
- 6・高齢で、急性増悪期の経口摂取低下時の持続点滴
- 7・扁桃炎、ヘルペス等、急性期の抗生剤の管理や処置
- 8・食欲にむらがあり、時々点滴をしなければならない状態
- 9・血管確保のため、IVH挿入のまま急性期病院より転院される場合

【秋田】

- 1・肺炎の併発を繰り返す。
- 2・認知症の症状があり、介護への抵抗や暴力行為がみられる。
- 3・ADL3
- 4・胃瘻
- 5・1日8回まではいかないが、毎日喀痰吸引
- 6・尿路感染症等で慢性的に発熱がある患者さんの15日以降
- 7・黒色便は認めないが、続発性貧血で、輸血を必要とする患者
- 8～10・経管栄養(3)
- 11・腹水の状態
- 12・肝不全、腎不全の状態
- 13・がん末期患者以外の激しい疼痛がある患者
- 14・認知症があり、内服薬で落ち着いている状態。
- 15・24時間点滴の必要な患者(日数制限の廃止)
- 16・24時間酸素吸入の必要な患者

6-①医療区分2・3に該当すべき状態像(病院)

- 17・認知症があり、危険な行動をとる人
- 18・喀痰吸引の必要な人(回数に関係なく)
- 19・経鼻経管栄養チューブや胃瘻で経管栄養をしている人
- 20・フォーレ、人工肛門、尿管皮膚ろうなどある人

【山形】

- 1・1日に8回未満だが、なんども喀痰吸引が必要な状態
- 2・胃瘻
- 3・寝たきり状態
- 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。
- 5・抗がん剤の内服治療を行っている患者(疼痛コントロールをしていないので区分1になるが、体力の消耗がはげしく、病状的に医療の必要度が高い。)
- 6・腎盂カテーテルによる排尿管理。
- 7・認知症によって内服薬服用でも見守り困難なケース。

【福島】

- 1・胃瘻などの経腸栄養が行われている人は、発熱や嘔吐がなくても管理にかかる手間は同等であり、区
- 2・認知症の患者
- 3・経管栄養または胃瘻により、栄養を摂取している状態。
- 4・ADL区分3
- 5・せん妄(日数制限の廃止)
- 6・うつ病(日数制限の廃止)
- 7・心不全
- 8・褥瘡
- 9・肺炎
- 10・尿路感染症
- 11・認知症があり、内服はしていないが、危険行動を伴うことが多い
- 12・脳梗塞等で、ADL区分3に該当しており、胃瘻などを実施している状態(これらの人の観察は医療者の目でなされるべき。)
- 13・経管栄養
- 14・四肢拘縮が強く、介護困難な状態
- 15・徘徊や異食、危険行為、認知症の状態

【埼玉】

- 1・ADL3の患者
- 2・認知症があり、医療管理が必要で看護必要度が高い。
- 3・一般病棟で90日を経過した患者。
- 4・認知症で、行動障害の患者さん。在宅も困難で施設入所も難しい。
- 5・中程度の嚥下障害があり、経口介助摂取をしている場合。
- 6~7・1日8回未満だが毎日喀痰吸引が必要(2)
- 8・インスリンを使用し、随時の観察を要する。
- 9・重篤な疾患を繰り返す場合(脳梗塞、腸閉塞ほか)
- 10~12・胃瘻(3)
- 13・尿道カテーテル
- 14-15・褥瘡が1箇所でも、褥瘡に対する処置などがある場合(2)
- 16-17・経管栄養やバルーンカテーテルなどチューブ管理が必要な患者(2)
- 18・慢性心不全にて安静度制限を受ける患者
- 19・医療区分2を複数有する場合は、区分3とすること。
- 20・入院から3カ月間。
- 21・リハビリテーションが必要な症例
- 22・摂食機能障害者に対し、医師の指示に基づき、看護職員による嚥下訓練を毎日行っている状態
- 23・病態が不安定で変動が多いため、入院して医師の観察の下に置くのが適当な状態。
- 24・尿路感染症
- 25・発熱、脱水、肺炎、せん妄
- 26・排便コントロールの難しい患者
- 27・脳性まひ(痙攣性四肢麻痺)
- 28・精神遅滞
- 29・てんかん
- 30・皮膚疾患に対しての検査や軟膏処置

6-①医療区分2・3に該当すべき状態像(病院)

【千葉】

- 1~3 ・ADL区分3(3)
- 4 ・肺炎となり、酸素が必要となる。
- 5 ・時々せん妄が出現する。
- 6 ・尿路感染症の治療
- 7~15 ・経管栄養(8)
- 16-23 ・8回未満だが、毎日の喀痰吸引(7)
- 24-26 ・認知症(徘徊、問題行動がある患者の非抑制への努力など)(3)
- 27 ・尿カテーテル
- 28-30 ・胃瘻(3)
- 31 ・人工肛門
- 32 ・疼痛コントロールをしていないがターミナルの場合(急変のリスク高く、施設では受け入れ拒否)。
- 33 ・痙攣止めを服用している場合
- 34 ・変形性膝関節症により定期的にpunkチオンを行っている。
- 35 ・肺気腫、喘息等によりネブライザー、O2等適宜行っている。
- 36 ・褥瘡に対する治療(1箇所)
- 37 ・排泄介助、食事介助など、第三者の支援がないと生活が難しい方
- 38 ・インスリンで自己注射不可
- 39 ・心疾患で運動制限のある方
- 40 ・バルーンカテーテル設置

【東京】

- 1~7 ・経管栄養(7)
- 8~15 ・胃瘻(8)
- 16 ・せん妄に対する治療、
- 17 ・うつ症状に対する治療
- 18 ・尿路感染症に対する治療、肺炎に対する治療
- 19 ・肺炎に対する治療
- 20-21 ・カテーテル留置、マーゲンチューブ、バルーン等使用患者(2)
- 22 ・糖尿病でインスリン管理が必要な状態。MTの状態
- 23 ・重度の意識障害を伴い、経管栄養(経鼻・胃瘻等)を行っている場合は、医療費必要度は高く、全身状態の管理、経鼻・胃管及び胃瘻チューブ交換を2週から4週は行っており、嚥下性肺炎も起こしやすく、医療区分2相当である。
- 24 ・医療療養病床に入院している回復期リハビリ相当患者は、医療区分2へ
- 25 ・経管栄養患者の受け入れ先がないことから、看護職員しか対応できず、区分2へ
- 26 ・インスリン月3回は、無駄に3回になっている人もいるので、スライディングスケールのみ区分2で。
- 27 ・寝たきり状態で医療区分2・3の条件を満たすための医療行為が回数や日数で制約を受けている。
- 28 ・ホスピス適用外のがんの末期等、経過観察の必要である患者は検査や薬が必要であり、医療区分2・3が認められれば、療養病棟での療養が可能であり、入院の希望者も多い。
- 29 ・常時医学的監視が必要
- 30 ・糖尿病管理、肺炎、進行が予想されるがん
- 31-35 ・8回未満だが頻回に喀痰吸引を要する(5)
- 36 ・脳梗塞後の麻痺
- 37 ・障害者手帳1、2級相当に該当する者
- 38 ・嚥下困難な場合は、喀痰吸引が少なくても看護度は高い。
- 39 ・高齢者のストマ設置で上肢の機能にも問題がある場合
- 40-41 ・認知症(2)
- 42 ・血圧、心臓、脳血管疾患、腎疾患等で服薬、栄養管理の必要な患者
- 43 ・膀胱ろう
- 44-45 ・1箇所の褥瘡(2)
- 46 ・全介助で、経管栄養などがあり、在宅でも施設でも受け入れ困難な事例
- 47 ・癌の患者で、鎮痛剤コントロール不要でも在宅で受け入れられないケース
- 48 ・急性炎症疾患を再三繰り返す
- 49-50 ・バルーン留置(2)
- 51 ・痙攣発作に対する治療
- 52 ・脱水症状に対する治療
- 53 ・輸血を行っている状態
- 54-55 ・皮膚疾患のある状態(2)

6-①医療区分2・3に該当すべき状態像(病院)

- 56・眼科疾患による治療処置を要する状態。
- 57・耳鼻科疾患で治療処置を要する状態。
- 58・発熱
- 59・食欲不振
- 60・転倒
- 61・ADL3
- 62・胃瘻で全介助
- 63・酸素を要するが、Sapo2が常に90%以下ではない場合。

【神奈川】

- 1・点滴は実施しているが、24時間キープではない患者。
- 2・カテーテル設置
- 3・膀胱洗浄
- 4・1箇所の褥瘡処置
- 5・ADL区分3
- 6～7・経管栄養(2)
- 8～9・胃瘻(2)
- 10～11・嚥下障害(2)
- 12～13・1日8回未満だが頻回の喀痰吸引(2)
- 14・バルーン管理
- 15・食道ろう管理

【長野】

- 1・寝たきり
- 2～4・経管栄養(3)
- 5・バルーン留置状態で、かつ、つまりやすい。
- 6・頻回に熱発状態をおこす。
- 7・胃瘻
- 8・重度の認知症
- 9・尿閉の方(前立腺肥大症で膀胱カテーテル留置が必要な場合)
- 10・医療保険でのリハビリ算定可能期間
- 11・自己注射が困難な要インスリン注患者
- 12・食事介助で誤嚥性肺炎をくりかえす方
- 13-14・ストマ、胃瘻増設をした方(2)
- 15・認知症のある方
- 16-17・1日8回未満だが毎日の喀痰吸引(2)
- 18・褥瘡処置
- 19・1日3回未満だが、血糖チェックを毎日要する状態

【富山】

- 1・マーゲンゾンデ
- 2～8・胃瘻(7)
- 9・膀胱ろう
- 10・腸ろう
- 11～13・バルーンカテーテル留置(3)
- 14-17・喀痰吸引(8回未満)(4)
- 18・痙攣が常に見られる場合
- 19・24時間ではないが点滴が必要な方
- 20・7日を超える24時間点滴管理
- 21・モニター管理
- 22・リハビリ期間中。
- 23-29・経管栄養(6)
- 30-32・人工肛門(3)
- 33・食事摂取+毎日DIV必要
- 34・疼痛コントロールは不要だが、悪性腫瘍の終末期患者
- 35・悪性腫瘍で症状悪化、それにともない、ADL低下、高度の医療必要
- 36・肺炎を繰り返す
- 37・重度意識障害
- 38・脱水(7日超過)

6-①医療区分2・3に該当すべき状態像(病院)

- 39・せん妄(7日超過)
- 40・輸血
- 41-42・全身の軟膏処置(2)
- 43-44・インスリン注射(2)
- 45・定期的に薬物血中濃度測定が必要な患者(抗癌薬剤や、ジキタリス製剤)
- 46-50・認知症がかかるくても、徘徊などで監視が必要。(4)
- 51-52・ADL3の患者(2)
- 53・高度貧血
- 54・胆道疾患の発熱、炎症
- 55・褥瘡(1箇所)

【愛知】

- 1~7・胃瘻(7)
- 8・インスリンの自己注不可の患者(血糖コントロール不良患者)
- 9・いろいろな疾病を合併しているため投薬が必要な場合
- 10・輸血必要
- 11~22・経管栄養(11)
- 23・通常の経管状態でもカテーテルの頻回な自己抜去
- 24+30・喀痰吸引で8回未満だが、必ず吸引が必要な状態。(6)
- 31-32・膀胱カテーテルを留置していて、頻回の膀胱洗浄やカテーテルの閉塞等により、不定期の交換が必要な場合。(2)
- 33・下痢、嘔吐が頻回数
- 34・四肢麻痺
- 35-36・重度の認知症(2)
- 37-39・寝たきり状態で、体位交換、排泄の介助、栄養管理が必要。(3)
- 40・1日1回でも点滴を要する。
- 41・褥瘡処置を要する患者(1箇所でも)
- 42・日常生活すべてに要介護状態
- 43・意識レベル低下あり、意思疎通が困難な人
- 44・複数の医療区分2は、区分3に
- 45-49・リハビリ実施期間中(4)
- 50・透析導入前の腎臓病で、体調管理を要する人
- 51・定期的なインスリン投与や血糖チェックが必要な人
- 52・悪性腫瘍末期で、疼痛コントロール以外の問題をもった場合(胸腹水、浮腫など)
- 53・抗精神薬の服用
- 54-55・ADL3や、要介護度5(2)
- 56・嚥下訓練、排尿訓練
- 57・疾患の悪化
- 58・リウマチ患者
- 59・心不全のため、容易に容態が急変しやすい方
- 60・重度意識障害
- 61・終日、寝たきり状態であり、全面的に介助を要する患者さんが多く、胃瘻管理、食事全介助、むせこみなどの見守りを要したり、褥瘡形成のリスクが高い
- 62・認知症のひどい患者
- 63・胃瘻部の発赤や浸出液の増加が起こりうるため、観察と処置を必要とする。毎日必要な方も多い。
- 64・糖尿病、認知症の患者。施設の申し込みをしてもインスリン注射を毎日施行しているため、受入れ困難。長男がキーパーソンだが、妻が精神的に不安定なため、在宅も困難。
- 65・心筋梗塞後遺症の患者で、心不全、腎不全もあり、鼻腔より経管栄養中である。

【三重】

- 1・リハビリ実施中(30日超過も)
- 2・尿路感染症について15日以上
- 3・記憶障害があり、徘徊あるいは、体動の激しい患者
- 4~5・胃瘻造設で、寝たきり(2)
- 6・喀痰吸引が8回未満だが、毎日必要な患者
- 7・慢性腎不全、肝硬変などにて、厳密な食事制限や利尿剤の投薬管理など、老人保健施設では困難。
- 8・慢性関節リウマチで、全身の疼痛顕著で、ADLの高い患者
- 9・区分2に該当しないパーキンソンであっても、ADLの高い患者
- 10・胃瘻管理で、全身状態や拘縮の程度等から褥瘡ができやすい患者

6-①医療区分2・3に該当すべき状態像(病院)

- 11・疼痛管理が必要ではない状況でも、がんの末期患者
- 12・認知症
- 13・胃瘻や腸ろう造設されている患者さんの日常の手入れや管理、脳血管障害による寝たきり状態の患者さんの看護、介護量は、区分2レベルに該当する。
- 14・嚥下困難の強い患者を注意しながら、時間をかけている患者。
- 15・胃瘻周囲の皮膚炎等より毎月処置が必要な患者
- 16・皮膚疾患の強い場合

【兵庫】

- 1・意識レベルが低く寝たきりの状態
 - 2・胃瘻造設
 - 3・インスリン治療を行っている患者
 - 4・抹消静脈点滴
 - 5・誤嚥性肺炎をくりかえし、胃瘻造設している状態
 - 6・摂食障害であり、適切な食事摂取への援助が必要である患者
 - 7・寝たきりで、身体の変調が訴えられない状態。
 - 8・突然の喘息発作があったりして、呼吸困難のため、不安のため退院できない。
 - 9・バルーンカテーテル設置
 - 10・脳梗塞後の認知症
 - 11・肢体不自由者、骨折など、看護職員による見守りを要する場合
 - 12・発熱や嘔吐を伴わないが、毎日経管栄養を行っている患者
 - 13・重度の認知症は、昼夜目が離せない。
 - 14・リウマチで、四肢の変形有り、人工肛門を造設しており、パック交換が困難。
 - 15・脳挫傷後遺症で、両下肢麻痺
 - 16・高齢者で廃用症候群の寝たきりの人
 - 17・慢性腎不全
 - 18・呼吸不全
 - 19・肝不全
 - 20・ADL区分が2以上で、肝疾患により投薬にかかる費用が多い患者
 - 21・片麻痺で、後期高齢者の方の毎日2～3回のインスリン注射を看護職員がしなければならない。
 - 22・リウマチ疾患で多量のステロイド内服患者
 - 23・エンドステージ見守り患者
 - 24・肝硬変で頻回のアンモニア値測定の必要な患者
 - 25・悪性腫瘍で終末期痛み止めを使っていない他の抗生剤使用者
 - 26・寝たきりで、PEG挿入。経管栄養している人。
 - 27・気管切開の患者や、嚥下機能の低下などで喀痰吸引の必要性があるが、頻度は少なく、微熱が続く状態で、病状悪化させないために十分な観察を必要とする状態。
- 31-34・1日8回未満だが喀痰吸引が頻繁に必要な患者(4)
- 35・膀胱ろうの管理を要する人
 - 36・全面介助。介護で常に監視が必要な状態。
 - 37・易感染症から、バルーン留置中の患者
 - 38・多剤服用を要する患者
 - 39・ネブライザーによる加湿吸入。
 - 40・不穏、うつ症状のナースコール対応
 - 41・リハビリを実施している期間
 - 42・褥瘡がある場合
 - 43・誤嚥のリスクの高い患者
- 44-47・経管栄養の患者(注入時のトラブルを防ぐため、時間をかけて注入する必要があり、随時の観察のてまが必要で、受け入れる施設がほとんどない)(4)

【島根】

- 1・毎食前後に喀痰吸引が必要なケース
- 2・鼻腔チューブを毎食それぞれ挿入するケース
- 3・肝性脳症
- 4・胃瘻
- 5・嚥下困難者への点滴
- 6・肺炎、尿路感染症以外の感染症者
- 7・脱水、低栄養、感染。
- 8・基礎疾患に糖尿病があり、視力低下、血糖検査チェックが必要。

6-①医療区分2・3に該当すべき状態像(病院)

- 9・経管栄養
- 10・インスリン注射(自己注射できない方)
- 11・高齢で、胃瘻造設
- 12・脳血管障害などが進行しており、意識障害がある場合
- 13・認知症で自立度が高い患者
- 14・徘徊が頻繁に見られる患者
- 15・24歳で脊髄損傷、その後2度の脳出血を起こしている脊髄損傷の関係で長年にわたり尿道カテーテルを留置。膀胱にう胞を形成し、砂状のものを形成しやすいため、カテーテルの交換を週に1~3回必要としている。失語症もあり、四肢不全麻痺も見られる。母も年老いている。
- 16・特定疾患に該当しない膠原病についても状態によって考慮してほしい(例:リウマチでステロイド療法を実施している)

【岡山】

- 1~2・リハビリ実施期間中の全て(2)
- 3・胃瘻管理の必要な患者
- 4~6・経管栄養を行っている患者(3)
- 7~8・インスリンを行っている患者(2)
- 9・低血糖発作でコントロールが必要な患者
- 10・糖尿病、脳梗塞の患者で、車椅子での移動で大部分は自立できるが、食事のコントロールが困難で、頻回の血糖検査が必要となる場合がある。
- 11・慢性腎不全、貧血有り、定期的に注射必要。
- 12・結核既往。片肺切除。常時医学観察を要し、検査を必要とする患者
- 13・片麻痺、介護者2人以上を要する状態
- 14-15・頻回なナースコール、徘徊、目が離せない。要注意者。(2)
- 16・悪性腫瘍の患者で、疼痛コントロールが必要な場合
- 17・認知症で徘徊など問題行動の大きい人
- 18・重篤な肝不全末期の人
- 19・胃瘻+膀胱ろうのある患者は、医療上の管理が必要。また、その交換時の材料費が病院の持ち出しとなってしまう、医療区分1では不十分。インスリン朝、昼、夜の3回の患者。喘息時の吸入、点滴を必要とする。

【山口】

- 1~4・発症後30日を過ぎたりハビリ施行患者(4)
- 5・経管栄養中で、神経因性膀胱のため、尿カテーテル留置となっている。
- 6・骨折したばかりの患者でリハビリを行う前の安静を要する状態
- 7・胃瘻作成して3時間おき、頻回とまではいかないが、喀痰吸引が必要。
- 8・脳梗塞後遺症
- 9~11・経管栄養や胃瘻の状態(3)
- 12・脳血管障害後の寝たきり患者
- 13・認知症で医学管理を要する患者
- 14・狭心症など、頻回の発作を起こす状態。
- 15・糖尿病で、在宅では食事管理が困難な状態。
- 16・喘息発作点滴
- 17・転倒外傷時の処置
- 18・発熱時の薬剤処置
- 19・がん性疼痛・リウマチによる疼痛コントロール(麻薬以外)
- 20・痙攣発作を起こすため、常時観察が必要。
- 21・結核で治療が必要だが、認知症がある。
- 22・透析までとはいかないが慢性腎不全で、厳しい食事管理を要する。
- 23・経管栄養
- 24・糖尿病や心臓疾患、肝臓疾患等、厳重な食事療法や治療が必要な患者
- 25・胃瘻造設中で、誤嚥性肺炎等を繰り返す方

【香川】

- 1・処置や管理に人手や時間がかかる患者
- 2・内服援助や胃瘻の管理、膀胱ろうの管理など
- 3・腸閉塞を繰り返すため、腹部状態、便の状態等、観察が必要。
- 4・インスリンを朝夕施行
- 5・全盲で耳も聞こえず、意思疎通困難

6-①医療区分2・3に該当すべき状態像(病院)

- 6・特定疾患以外の難治性疾患
- 7・高齢での細菌感染等により、ADL低下する肺炎及びCOPD以外の呼吸疾患
- 8・脊髄損傷の患者で完全に四肢マヒはないが、寝たきりでADLが非常に低い状態の者
- 9・介護に時間を要する(食事介助に時間を要する。排泄介助に時間を要する。便こね等)
- 10・意識障害があつて、経管栄養を実施している。
- 11・ガン末期(麻薬投薬なし)でターミナルの患者。
- 12・状態悪化
- 13・進行した慢性関節リウマチの患者で、歩行不能な状態でリウマチ治療前の投与や介護の面から区分2以上と思われる。

【愛媛】

- 1・寝たきりで全面介助が必要であるが、せん妄の治療以外(7日間のみ算定可能)医療が行われない患者
- 2・腎不全等で入院していれば、食事療養もあつて内服薬の投与でも対処できるが、退院すると食事療養ができず、病状が悪化して再入院してくる。
- 3・誤嚥リスクが高く、在宅で生活すると、すぐに肺炎をおこし入院するケース

【高知】

- 1・胃瘻、経管栄養
- 2・肝機能低下による体力の衰え
- 3・ADLの低い方
- 4~5・強度の認知症(2)
- 6・肝硬変による肝がん末期が3名あり。肝性昏睡を繰り返すが、区分1はいかがなものか。
- 7・急性胆嚢炎など、高齢者の炎症性疾患で手がかかるのは、肺炎と尿路感染症だけではない。
- 8・鼻腔栄養を医療区分2に該当させるべき。
- 9・ADL区分3の患者は、医療区分2にすべき。
- 10・嚥下障害があり、誤嚥性肺炎を起こす可能性がある。
- 11~13・1日8回未満だが、喀痰吸引が必要(3)
- 14・寝たきりで全面介助を要する。
- 15・24時間持続点滴をしている状態で、経口摂取が困難な状態であるにもかかわらず、7日間しか算定できないのは問題。
- 16・経鼻経管栄養や胃瘻の患者のチューブの管理、交換、抜去等の対応が必要。
- 17・ADL全介助で、寝たきりの患者。病状は安定しているが、胃瘻による栄養管理を必要とする場合。栄養補給の時間など、嘔吐などのリスクが高く、終始観察を要する。
- 18・腹腔ろうや、尿管皮膚ろう造設の患者。
- 19・脳梗塞後で、まったく意思疎通なし。ねたきり状態で、経管栄養を必要とするが、喀痰吸引は1日4回程度の施行が必要な状態。
- 20・ADL区分3で意識があるが、応答ができない。誤嚥性肺炎の危険が常にある状態だが、医療処置が行われていない。
- 21・疼痛コントロールは必要ではないが、がんのターミナケア
- 22・胸腔や腹腔以外で、留置カテーテル管理が必要な患者

【福岡】

- 1・肺炎に対する治療、せん妄に対する治療、尿路感染症に対する治療等
- 2・嚥下訓練中
- 3・食事摂取が困難で点滴を要する
- 4~6・30日を超えるリハビリ(3)
- 7・慢性尿路感染症があり、増悪を繰り返す。
- 8・骨折後、骨そしょう症による疼痛で、食欲低下と脱水に陥りやすい。
- 9・慢性腎不全あり、脱水に陥りやすい。
- 10・せん妄が頻回におきる。
- 11・ADL全介助
- 12~15・経管栄養(4)
- 16・重度認知症
- 17-19・胃瘻造設(カテーテルの交換、挿入部消毒、ミルク等が必要な患者)(3)
- 20・悪性腫瘍で抗癌剤使用中
- 21・全身の軟膏塗布(皮膚欠損までではないが、剥離の危険性が高く、毎日の皮膚の清潔と全身の軟膏塗布が必要な患者)
- 22・認知症、血圧不安定、ストーマ

6-①医療区分2・3に該当すべき状態像(病院)

- 23・胃潰瘍、十二指腸潰瘍の急性期
- 24・胆のう炎、胆管炎等の急性炎症の患者
- 25・頻回な下痢
- 26・腸閉塞時の排便コントロール
- 27・認知症などによる転倒・転落につながる行動の防止
- 28・体動や抵抗のある患者の包交
- 29・寝たきり状態
- 30・心不全、貧血、尿量、水分量、食事量の管理を行う必要がある。
- 31-33・1日8回未満だが頻回の喀痰吸引を毎日要する場合(3)
- 34・胃瘻の人で発熱した人
- 35・尿路感染症の人は、なかなか治りにくい。
- 36・点滴が朝夕2回以上ある患者
- 37・包交のある患者
- 38・弛緩性腸閉塞
- 39・脊髄損傷
- 40・食事全介助で、飲水を一人ではできず、むせなどがあり、誤嚥をおこしやすい。また、2時間毎の体位、オムツ交換など、常時スタッフが付き添う必要性がある。

【佐賀】

- 1~2・経管栄養(2)
- 3~4・胃瘻(2)
- 5・ADL区分3の方で、経管栄養、バルーンカテーテル留置で、たびたび肺炎や尿路感染症を繰り返す。
- 6・食欲不振で毎日点滴を要する人。
 - ・人工肛門
- 1・膀胱ろう
- 2・Spo2結果が90%以上満たしているが、医師が必要と判断したとき。
- 3・30日を超えて実施するリハビリテーション
- 4・せん妄(特に夜間せん妄)がひどく、日中から薬剤管理や事故防止に努め、常に患者1人に看護職員1人が付き添っている現状。過去に、目を離れたすきに転倒し骨折したケースがあり、医療区分が逆に高くなったことがあります。
- 5・平成12年、低血糖発作で意識喪失する。翌日近所の人が発見するも、右下肢末梢神経障害が残る。ほかに、がんなどの治療中で、頻回の血糖検査が必要。
- 6・喀痰吸引頻回
- 7・中心静脈栄養
- 8・悪性腫瘍患者
- 9・心不全患者
- 10・腎不全患者
- 11~12・認知症患者(2)

【長崎】

- 1・せん妄、うつ病、尿路感染症
- 2・悪性腫瘍で、現在の区分2、3に該当しない方
- 3・経管栄養
- 4・医療処置への抵抗、暴力行為が見られる。
- 5・30日を超えて実施するリハビリテーションの期間
- 6・感染症罹患(呼吸器、尿路系など)からの全身状態悪化(脱水、呼吸不全など)
- 7・消化管出血のため絶食、点滴管理など
- 8・遅延性意識障害があり、経管栄養で寝たきりの患者さんです。栄養管理を家族ができない状態で、体位変換を要しますので、在宅は困難です。吸引を要しますので、介護施設では受入れ困難ですが、吸引回数1日5~7回程度ですので、医療区分1となります。
- 9・施設入所の待機者が多くて、すぐには入所できない。
- 10・独居や老人世帯のため、在宅に看護・介護力がない。

【熊本】

- 1・骨折直後はすぐにはリハビリ不可能なのに、区分1となる。リハビリすれば区分2であれば、骨折についても区分2に。
- 2・心不全などに対応するO2投与、持続点滴
- 3・急性腫瘍の進行による低栄養状態の患者に行う補液及びO2投与

6-①医療区分2・3に該当すべき状態像(病院)

- 4・高齢のため、日々の変化が著しく、医療行為が必要(例:脳血管障害患者→嚥下障害があるため、誤嚥しやすく、肺炎をおこしやすい)
- 5・肺炎
- 6・尿路感染症
- 7・脱水
- 8・高齢者で、呼吸器疾患や心疾患、悪性腫瘍など多くの疾病があり、いつ急変するか、増悪するかわからず、医療区分にかかわらず、昼夜看護の対象となっている。
- 9・自己管理が不十分な心不全患者
- 10・血糖チェックが頻回に必要なではないがコントロール不良の患者
- 11・昼夜逆転や、徘徊が見られる患者
- 12・1日8回未満の喀痰吸引
- 13・胃瘻
- 14・嚥下性肺炎の重篤を繰り返す。
- 15・がんの進行
- 16・腰痛症、膝関節痛の急性期
- 17・高齢者の骨折で、30日以上のリハビリテーション
- 18・消化器疾患の患者
- 19・ADL3
- 20・悪性疾患で麻薬等の薬剤投与等のコントロールはないが精神的なケア等を含めての対応を考えれば、区分2・3にすべき。
- 21・長期に尿道バルーンカテーテル留置の患者の尿路感染や、せん妄の患者の日数のしばりをなくす。
- 22・輸血を実施している状態。
- 23・検査を多く必要とする患者
- 24・全身の皮膚湿疹があり、軟膏処置を連日必要とする状態。
- 25・心不全、腎不全の患者(検査値によっては、区分2・3に該当にならないか)

【天分】

- 1・喀痰吸引の回数が5回以上であるが、8回までは必要がない患者
- 2・皮膚潰瘍があるが、1日2回以上のガーゼ交換又はドレッシング剤の必要のない患者。潰瘍は大きい。

【宮崎】

- 1~2・経管栄養(発熱、嘔吐を伴わなくても)(2)
- 3・胃瘻の管理
- 4・疼痛コントロールを要しないがん
- 5・意識障害があり、経管栄養で、喀痰吸引も1日4~5回必要で、内服治療も行っている。排泄もおむつ使用。看護する時間が長く、病状の観察も必要な患者さん
- 6・食事を自分でできない人
- 7・認知症があり、見守りが必要な患者
- 8・脳梗塞後遺症で喀痰吸引が1日3~4回
- 9・全身皮膚疾患のある患者さんで、毎日観察、軟膏塗布が必要。
- 10・寝たきりの患者
- 11・重度障害の患者

【鹿児島】

- 1~3・経管栄養(3)
- 4・意思疎通の困難な患者で寝たきりの状態であれば、医療的な行為・観察(喀痰、マッサージ、訓練等)があるため区分2に該当すべき。
- 5・1月の中でも、その日の状態で点数が変わったり、負担額もかわるのは非常に複雑で混乱している。そもそも療養病床の削減のみが目的の医療改革であり、現場の実態を知らなさ過ぎる。早めに間違った改革を直して適正な医療制度にしてほしい。
- 6・アレルギーや全身湿疹、皮膚疾患があり、軟膏塗布が必要な状態。
- 7・食思低下、認知症等で摂食が少ないため、点滴を要する状態。
- 8~9・膀胱留置カテーテルの処置のある人(2)
- 10~11・喀痰吸引1日7回以下の人(2)
- 12・類天疱瘡(良性だが、管理と皮膚処置が必要)
- 13・疼痛コントロールの必要ない悪性腫瘍患者
- 14・糖尿病患者で、食事を十分にとれず、鼻腔カテーテルを行い、胃内出血、食道真菌症あり、吐血、下血あり、不明熱、血糖値の変動激しく、ショック状態
- 15・寝たきり。便秘症でイレウス症状を起こすことあり。排便コントロールを要する。

6-①医療区分2・3に該当すべき状態像(病院)

- 16-17 ・血糖コントロールが必要(2)
- 18-19 ・バルーンカテーテル設置(2)
- 20 ・認知症
- 21 ・経管栄養
- 22 ・てんかん発作が頻回に見られる常態。体の成長+体調の変化により、常に様態の監視が必要な状態においては、検査や薬の調整を随時行う必要がある。
- 23 ・ネブライザーを実施している場合
- 24 ・リハビリテーションを実施している期間
- 25 ・糖尿病のコントロールが難しく、血糖測定の必要がある。
- 26 ・輸血を定期的に行っている。
- 27 ・ADLは、自立しているが、呼吸不全があり、O2は、Spo2低下時のみ使用している。

6.医療区分2・3に該当すべき状態像に寄せられたご意見(有床診)

【宮城県】

- 1・胃瘻を造設している。
- 2・がん末期患者である。
- 3・経管栄養患者である
- 4・寝たきりで、認知症を有する患者である。

【秋田県】

- 1・寝たきりで経管栄養、喀痰吸引を行っているが、肺炎を繰り返す。
- 2・食事がほとんどできない状態。
- 3・肺炎、てんかん発作、狭心症発作、心臓発作などがある患者
- 4・骨粗しょう症等の疼痛患者
- 5・外傷患者

【富山県】

- 1・認知症があり、すべてに見守りが必要

【愛知県】

- 1・高次機能障害で、うつ、せん妄状態とは違う症状だが、常に見守りが必要な方
- 2・脳梗塞、心筋梗塞などの病名があり、病状は安定していても容態の急変がおきやすい患者
- 3・带状疱疹による神経痛のために、持続硬膜外チューブをセットし、注入している状態。
- 4・脳梗塞後遺症等で、寝たきりの四肢拘縮の強い状態
- 5・末期がん患者であるが、疼痛の訴えもできないような場合(意識障害等)。麻薬等使用していないが、治療を行なっている状態の時。

【三重県】

- 1・疼痛管理を伴わないがん患者
- 2・慢性腎不全に対する食事管理の必要な患者(糖尿病も)
- 3・MRSA感染者(常に+)

【兵庫県】

- 1・胃瘻をしている場合

【鳥取県】

- 1・肺炎をおこしたり、尿路感染症になったとき
- 2・脳梗塞後遺症で、胃瘻を行っている人
- 3・脳梗塞後遺症で、四肢の硬直強く、オムツ交換、清拭困難
- 4～5・胃瘻管理の必要な患者(2)
- 6・褥瘡処置(1箇所、Sher II、III)の必要な患者
- 7・経管栄養

【島根県】

- 1・胃瘻
- 2・寝たきり状態にて、頻回の体位交換が必要
- 3・認知症にて目が離せない状態
- 4・寝たきり状態にて、拘縮予防のためのリハビリ

【岡山県】

- 1・悪性腫瘍
- 2・腰痛、膝関節痛などにてリハビリ、消炎鎮痛等処置の必要な患者
- 3・ADL区分3の患者さん(手厚いケアをして、安定した容態を保つよう努力している。拘縮や褥瘡が出来ないう、又、感染症にかからないよう、看護・介護ともに、人数と時間をかけてケアしているが、そうすればそうするほど、診療報酬が低くなる。納得できないし、経営もなりたない。)

【山口県】

- 1・心不全高度で常に管理が必要。

6-②医療区分2・3に該当すべき状態像(有床診)

【香川県】

- 1・血圧が不安定で、病院の管理が必要。

【愛媛県】

- 1・胃瘻管理、バルーン管理、衰弱で医学管理必須。多臓器感染
- 2・たとえば、インスリンの自己注射が必要な高齢者で家族の協力が得にくい場合(1日2-3回のインスリン注射が必要、血糖測定も頻回)

【高知県】

- 1・心不全があり、時に増悪を認め、酸素吸入等、全身管理を必要とする場合がある。

【福岡県】

- 1・リハビリテーションの期間を長くしてほしい。
- 2・心不全
- 3・脳梗塞後遺症、脳出血後遺症
- 4・夜間、せん妄による問題行動がたびたびあり、在宅に帰ることができない。
- 5・昼夜逆転し、日常的に不安定な心理状態にあり、足が立たず、リハビリも必要。
- 6・ADL3
- 7・超高齢の人
- 8・ADL2で、介護者なしでは、何もできないが医療区分2にはあてはまらず、介助を要する。

【佐賀県】

- 1・視力障害、歩行不能、インスリンの自己注射不可
- 2・腰椎椎間板ヘルニア、腰痛著しく歩行困難。1人ぐらし。
- 3・喀痰吸引に回数制限をするのはおかしい。
- 4・中心静脈だけが区分2になるのはおかしい。500cc以上行う場合は、時間、手間がかかっている。
- 5・褥瘡処置について1箇所でも区分2に。
- 6・骨折等で全介助の時でも区分1になるのはおかしい。
- 7・不明熱持続後で、回復期にはあるが、不安定。
- 8・家族での介護や通院での治療が困難。
- 9・糖尿病で毎日のインスリン注射を行っており、在宅では本人注射ができない。血糖チェックも必要。
- 10・脳梗塞、心筋梗塞の既往歴があり、全面介助を要する患者
- 11・血糖コントロールを要する。

【長崎県】

- 1・胃瘻

【熊本県】

- 1・家族の受入れが困難で面倒をみる人がいない。区分1の報酬ではやっていけないので、一般病床に転
- 2・糖尿病、インスリン注射
- 3・膠原病で全身管理を併発。
- 4・心疾患の人で、現在病状は安定しているが、急変の可能性がある(以前、急変したことがある)
- 5・膀胱ろうのある患者で、管理が必要
- 6・尿路感染症、褥瘡を繰り返しているが、区分2では、尿路感染では、発熱、細菌尿、白血球尿すべてに該当する場合とある。また、褥瘡では、2箇所以上で区分2となっているが、手をかけて対応をきちんとやっていたら2箇所にはならない。
- 7・バルーン挿入中にて、尿路感染症の治療を実施した場合
- 8・せん妄状態がときどきみられる。
- 9・誤嚥による肺炎の可能性(時折の発熱)
- 10・容易に下痢症状をおこし、脱水状態へ移行する状況
- 11・認知症による徘徊及び不潔行為、他人に対する迷惑行為の激しい方。
- 12・容態急変の可能性有り。一定の医学的管理が必要。リハビリ等の必要性もあり、又一部患者は一般処置も施行している。
- 13・皮膚の剥離創の治療
- 14・ほぼ寝たきりで易感染性状態のため

【宮崎県】

6-②医療区分2・3に該当すべき状態像(有床診)

- 1・慢性腎不全の老人で、透析導入前に相当する病状の方がいます。血清クレアチニン、尿素窒素、血清K、腎性貧血等の監視が必要で、食事療養(カロリー、食塩などの制限)を要します。透析が導入されたら医療費は膨大になり本人の負担も大です。医療区分3でも足りないくらいです。
- 2・喀痰吸引の必要な患者。
- 3・経管栄養の必要な患者。
- 4・留置カテーテルが設置されている患者。

【鹿児島県】

- 1・リウマチ患者は関節の変形、骨破壊等により、上下肢ほかの筋力低下により日常生活すべてにおいてやっとな生活している。自分のことは自分でする努力はぎりぎりまでやっている。
- 2・リハビリをしないと廃用症候群になりやすく、寝たきりになると思われる脳疾患のマヒのある患者。
- 3・脳血管障害で寝たきりの方
- 4・末期がんであるため、感染症を容易に併発する危険性があり、認知症も重篤で、常時介護を要する。
- 5・全面介助。特にせん妄、うつ状態がひどいなど
- 6・うつ傾向が強く、服薬を行っている。

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、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ふ。
- 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、国がいう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・医学的管理をすれ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のでもなく、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。
- 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。

7-①国に対する意見(病院)

- 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る。
- 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、自分勝手。
- 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、介護必要度が高くて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えます。
- 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よせを各施設・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。
- 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㎡に広げただけでも関わらず、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%を超えていけ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。
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。

【福島】

1. もう少し現場の把握と理解をお願いしたい。

7-①国に対する意見(病院)

- 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とあったが、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。
- 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。

7-①国に対する意見(病院)

【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と思います。
- 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・一般病床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このことで、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ないう状況で、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
- 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で転換可能に、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・亜急性期病床について、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。

7-①国に対する意見(病院)

- 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見ます。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。
- 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、納得がいけない。
- 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、入院費も下がりつづけており、増加することはない。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。

7-①国に対する意見(病院)

- 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る。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します。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に。
- 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思われる。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

7-①国に対する意見(病院)

- 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。
- 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、診療報酬は下がる。何か指標が違うのではないか。

【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。

7-①国に対する意見(病院)

- 5 ③院では、思自の状況を考慮しなかつ、仕毛への返院及びの後の仕毛療養を推進・又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のでしょうか。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せんが、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しすぎている。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継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。

【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。

7-①国に対する意見(病院)

【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。
- 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い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。

7-①国に対する意見(病院)

- 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。議員宿舍などいらぬ。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。
- 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ていけるはずです。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。

7-①国に対する意見(病院)

- 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ことが予想されます。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、医療療養入院中だ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と、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回がらがらポンにして、高齢者の状態像にあわせた受け皿づくりをだしていくべきである。

【天分】

- 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
- 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する方が効果的です。悪化して医療費はもっとかかります。

【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。現場をもっと知って欲しい。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。

7-①国に対する意見(病院)

- 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・もっ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っ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・もっと現場の状況、状態を十分に把握して対応して欲しい。

7.国に対する要望に寄せられたご意見(有床診)

【宮城県】

- 1・入院は、患者さんの病名で決めるのではなく、その人の生活機能の障害程度で決めるべき。「社会的入院」という言葉を社会悪としてとらえ、利用するのはやめてほしい。

【秋田県】

- 1・介護療養型の有床診としては、転換が難しい。医療療養病床の減床方法も示されていないのでは、危なっかしすぎて医療療養にも移れない。あがった2階そのものを消されるのでは、施設難民だ。
- 2・高齢化により、寝たきりで医療依存度の高い患者が比較的早い時期に病院からの退院を余儀なくされ、益々療養病床対象の患者が増える傾向にあるが、家庭内や施設の受入れができない。療養病床廃止の方向であるが、施設ではスタッフが少人数で、医療依存度の高い入所者の受入れが敬遠される。このような患者の行き先について検討すべき。

【福島県】

- 1・容易に制度を変えすぎる。ついていけない。
- 2・介護保険制度が開始されるにあたって、なぜ療養病床制度をつくったのか。有床診の経営者はこの制度をみてある程度の設備投資をしてもペイできると思いき、ケアマネジャーの資格を自分で取得した。いまさら一般病床に戻すことは労多くして益なし。廃止する。

【愛知県】

- 1・当院は、平均在院日数30日台で、リハビリテーションを主体としておりますが、リハビリテーションにより回復すると医療度、ADL度が低くなり、収入が落ち込む。制度上の見直し点として検討してもらいたい。
 - ①リハビリ効果を勘案した区分の見直し
 - ②診療所における回復期リハビリテーション病棟の新設
- 2・療養病床に届出を出したのは、国が勧める方法と考えたためだ。しかし、今は廃止同然であり、今国が勧めている老健や有料老人ホームもいつ廃止すると言われかねず、転換できない。
- 3・施設や自宅に移れない方々が現実にいることをもう少しわかってプランをたててほしい。現場の努力が足りないとはいってほしくない。社会保障のレベルをあげるべきだ。
- 4・経済的になりたつように点数アップを。
- 5・看護師不足への対応。
- 6・なにごとも、よく考えてからおこなってほしい。

【三重県】

- 1・診療報酬を下げ、病院など医療機関側が採算に合う患者と合わない患者を選別しなければならないような今のシステムはおかしい。報酬を下げながら、一方で人員基準を厳しくし、現場は医療・介護にゆとりをもって働けるような雰囲気ではなく、職員が不安な気持ちを抱いたまま緊張を強いられている。追い詰めて病床廃止に持っていかなざるを得ないようにするのは、卑怯だ！
- 2・喀痰吸引、胃瘻、認知症による徘徊、意思疎通困難な方は常時目が離せず、介護必要。区分1は納得できない。
- 3・国や県から補助金を受けて医療機関も投資してはじめて療養病床であり、かつ、地域からも大変要望が多いのに、なぜころっと廃止するのかわからない。

【兵庫県】

- 1・療養病床(介護療養病床を含む)を出て、どこかへ移らなければならなくなる方について、具体的な対策を示しているのか。
- 2・有床診のベッドを有料老人ホームに移行は可能か。
- 3・頭部外傷後遺症、若年者の脳血管障害の重度の後遺症の患者の十分な療養施設の確保。
- 4・有床診でも十分な看護・介護が可能な扱いに。少なくとも人件費が確保できる入院料を希望する。
- 5・一生懸命やればやるほど、従業員の給与が出ない。やる気を削ぐ診療報酬が続くと良心的な診療は望めなくなり、国民の健康は守られないことを一考されたい。

【鳥取県】

- 1・胃瘻を行っている人、喀痰吸引の必要な人は、区分2に

【島根県】

- 1・医療区分の見直しと、診療報酬の引き上げ。

7-②国に対する意見(有床診)

2. このままの診療報酬では経営できなくなるのも時間の問題である。患者も家族も負担増で困っている。施設入所も申し込んで2~3年も待たなくてはならず、200人待ちとも言われている。介護難民はでない、出さないと切り切られるのはなぜですか？

【岡山県】

1. 医療療養病床に入院中の患者で自己負担増により、どこにも移れないが入院も継続できない人はどこにいけというのでしょうか。
2. システム(診療報酬の算定)があまりにも複雑。簡素化してほしい。
3. 高齢者の退院後の受け皿が不備のままで、退院を進めることは反対で、受け皿の整備の方が重要と考える。
4. 有床診で10名の看護職員を雇用して看護を行っているが、診療所の入院基本料は低く、今回の療養病床の改定ですます経営が難しくなった。ケアに手がかかる患者さんは、薬剤料も必然高くなる。医療区分1では、経営的に困難。施設や在宅では見れない。(医学的管理が必要)

【山口県】

1. 今度の医療療養病床の点数改正は、経営的に困難な状態。

【愛媛県】

1. 我々医療関係者にとって、療養病床削減(医療費抑制)は、あまりにも厳しすぎる。もう少し考えて(我々の立場も)医療費抑制策を変えてほしい。(小泉総理がやってきた政策を転換してほしい)
2. 介護療養型病床を残してほしい。

【高知県】

1. 保険医療機関は、医薬品、医療材料の購入に消費税を支払っている。自由診療であれば、患者が消費税を負担することになると思うが、保険診療の場合は、医療機関が負担している。消費税の引き上げが実施されれば民間医療機関の運営は相当厳しい。この問題の解決を願いたい。
2. 医療療養病床を廃止することは、経営をさらに悪化させ、入院継続が不可能となり、つまりは患者が放置されることになる。したがって、療養病床を維持して欲しい。
3. 同じ病名でも症状等に個人差があり、決められた日数で治癒しない場合があり、治療を中断することがある。

【福岡県】

1. 無理やりなやり方
2. 高次他の進行を伴っていないながら収入の少ない人の居住できる施設が少なく、余儀なく社会的入院をしている人がかなり多いです。低所得者の行く場所がありませんので、困っています。
3. 看護職員養成機関をもっと増やしてもらいたい。今回の改定で看護師不足が中小病院、有床診を直撃して病室の運営ができずにいる。
4. 机上の論議ばかりで、点数制度を決める人たちは最低2~3年以上現場を経験した人たちを選任してほしい。
5. 実質の増税だということを、新聞、マスコミなどを通じて国民に報道して欲しい。
6. 医療制度改悪に反対するために有効な手段を考えていただきたい。医療制度が悪い方向に向かっていくことをもっと国民に知らせるべき。
7. 病院にもかかれぬ人(保険未加入や生活保護も受けられない)をどのように救ったらいいのでしょうか。医療機関としては悩みます。行き先がきまっていない患者さんは、どのように対応したら良いでしょうか。又どのように家族の方に説明していけばよいのでしょうか。具体的に教えていただきたい。
8. 人の身体的状況を区分することがもともとおかしいのであって、1人の人間としてみるという観点が必要。病気や状態だけでものごとを判断し、人の心を見ることにかけており、今様なもの見方かも知れないが、昔ながらの町医者のもの見方が必要である。
9. 役人は現実を直視せよ。実際に病医院に来院して患者の声をきくべきだ。
10. ここ数年来、医療費の引き下げが厳しく、その上、患者さんの自己負担も次第に増大してきて、医業収益が低下していますので、看護師の採用が困難になってきています。せつかく採用しても給与が不十分なせいか短期間でやめる方が多い。
11. 施設基準が厳しすぎる。もっとゆるくとも十分に介護と看護が行える。国側の都合が悪くなると、条件を厳しくして、止めさせる方向をとる。お金があったら、裁判を起こしたいくらいだ。

【佐賀県】

1. 患者負担増、療養病床の廃止など、現実の生活の苦しい状況の中にある老人を抱える世帯が多いということを知らな過ぎる。それに比べて公務員等の無駄使いのニュースなど、まったく行政は何をやっているのかといたい。

7-②国に対する意見(有床診)

2. 一貫性のある医療政策を。
3. 区分1の診療報酬が低い。特に有床診は一般病床も含めて大変低い。
4. 帰れるところがない人。ホームに入るお金がない人、退院させられません。
5. 他の業界の景気が回復してきたため、若年者の福祉方面からの離職率がアップしているように思う。もう少し報酬面の引き上げが必要ではないかと思う。将来の看護・介護を考えると不安になる。

【長崎県】

1. 医療区分2、3は見かけ上点数が高いが、酸素、IVH輸液など、材料にかかる経費を考えると十分な点数とはいえず、比率が高くては経営的には維持困難。あと200点くらいは必要(それでも病院のC以下である)。
2. 国民を馬鹿にするな！ 医者を馬鹿にするな！ と国に言いたい！
3. 医療制度をくるくる変えないでほしい。
4. 先進諸国との比較で病床が多いとの理由で病床を廃止するな。医療費効率は先進諸国で一番良い。
5. 赤字にならないようにしてほしい。
6. 運動器、脳血管リハの算定日数上限のような失敗をせず、もっと、患者や医療関係者が納得する改定を行って欲しい。療養病床の計画も、ある一部しかみておらず、意義のあるものではない。意義があるものにしてほしい。
7. 当院は、許可病床数19床で全て療養病床(うち3床が介護療養)です。入院患者全てが人工透析で一般患者を入院させる余裕は全くございません。今まで医療保険対応の透析患者のみです。医療区分2・3の患者のみです。患者の病状からいって入院して治療をしなくてはならない方ばかりで、一生治療を要するわけで、当然、入院も長期となりますので、当院としては将来も医療療養病床のままで進むつもりです。入院の必要経費は病院も診療所もさほど変わらないのに、報酬については診療所が低く査定されています。さらに10月より、報酬を維持するのに4:1以上の看護・看護補助体制にしなくてはならず、人件費も高騰し、経費のみが増加して経営が困難になるばかりです。どうか行政は、医療現場の実情をよく把握して理解されますよう、要望します。
8. 有床診の療養病床の点数を元に戻してほしい。
9. 有床診には、病院と同じ施設基準を一部持ち込まれても運営しにくい。
10. 急性期から慢性期医療までを見る独自の医療体系と診療報酬の設定をして、急性期病床から在宅や介護施設への橋渡しをする施設として評価するべき。

【熊本県】

1. 10床の一般病床でも赤字の出ない報酬を設定して欲しい。
2. 医院経営極度に悪化。本年8月から前年比で毎月100万円の減収。理由 入院勧告するも自己負担を説明すると、家族が拒否するケースや、10月からの自己負担増の退院が増加したため。
3. 介護療養病床も初期の目的の施策を考え、その廃止は絶対撤回してほしい。特に有床診の少ない病床は、住み慣れた地域での療養に欠かせない。病床を老健やケアハウスに転換することは困難である。
4. 最低でも医療に関与する人件費を維持できるように診療報酬を計算してください。今のままでは、医療現場の士気が最低の状態と考える。やがて全国規模で閉院するのではないかと考えられます。
5. 当院は有床診の療養病床であるが、介護老人保健施設や特別養護老人ホームよりも人員的にも施設的にも患者に対する対応が出来ると考えており、現在の介護療養病床を存続して欲しいと思う。
6. 有床診は、医療療養病床を少しでも残しておいて欲しい。家の近くがいいと患者さんは申されることが多い。
7. 国は利用者が患者さんを病院や施設から追い出して医療費や介護費を減らすことばかり考えていますが、我々の税金は医療・福祉・教育を最重点に使って欲しいものです。
8. 医療区分1(8名)のうち3名は退院が可能であるが行き先がない。残り5人は一定の医学的管理を要するというのに診療報酬の引き下げ、患者負担増、挙句のはては療養病床削減とは！！ 経済発展の礎を築き、はたまた子どもたちを都会に送り出した地域の高齢者を切り捨てるのか。地域の現状を見るべし。
9. 医療費適正化の導入が検討されているが、後期高齢者が多い地域の医療費は明らかに高くなると思われる。報酬の引き下げか、又は適正の評価を得るためにサービスの抑制か、どちらにしても生きづらい。黙ってはいけないうちで思っている。
10. 厚生労働省はわかっているようだが、政治の方向が経済優先で、財政萎縮を第一目標としているので、どうにもならない様子。国民に実情を訴えて選挙で結果を出す以外方法はないと考える。
11. 朝礼暮改の政策はいいかげん止めてください。
12. 有床診一般病床、療養病床を通し、1月平均の入院費が18万円では、看護師1人の給与にもなりません。外来を含めて何とかやってきましたが、これ以上赤字になるなら、閉鎖するしかない。

7-②国に対する意見(有床診)

- 13・医療費の高騰のみが議論されているが、厚生労働省の事務的軽費(人件費)も含まれているのではないかと思う。高齢化時代に(高齢になると複数疾病出現等により、通院回数が多くなるはず)なると、医療費高騰はわかっていたはずで、抜本的改革は行わず、先送りしてきた厚生労働省の責任は大きい。それを医療機関におしつけるのは、如何なものかと思う。
- 14・頻回な改正はやめてほしい。改正に振り回される。
- 15・場当たりの政策にて、結果的にわれわれをいじめる、あるいは生活の邪魔をするようなことはやめてもらいたい。医療以外でこんなに頻りにルールを変えられた業種を見たことがない。

【宮崎県】

- 1・急性期だけでなく、維持期のリハビリテーションが必要な高齢者は多数います。ADLの低下を防ぎ、QOLを向上させるべきです。あまりにも経済優先に走りすぎて高齢者を考えない施策が、めざすべき「美しい国」なのですか？
- 2・めまぐるしい改定に翻弄され、あらゆる面で国に被害を受けている。病人や障害者を救う使命に燃えていた我々が心身衰弱に追い込まれて明日を悲観せざるを得ない状況だ。早く次のステップを示してほしい。

【鹿児島県】

- 1・療養病床を廃止することにより、独居老人は家で放置されてしまう。介護サービスをうけようにも、年金暮らしではできない老人も多い。廃止しないでほしい。
- 2・めまぐるしく、かつ、朝礼暮改の制度改変はうんざりです。いい加減にしてくれといたい。
- 3・入院基本料Eが低すぎる。在宅へというが、家庭の事情で退院はできない。経営が厳しくなっている。
- 4・金だけを理由に、医療を悪者扱いにしている姿勢が許せない。医療にお金がかかるのは、世界一の長寿国であれば当然のこと。先進国の中では、GDP比で見れば医療費はむしろ安いといえる。これ以上、現場で働く人々に無理難題を押し付けないでほしい。
- 5・有床診は、療養病床を含め診療報酬が低いために、経営が厳しい。しかし、地域住民の患者さん方にとっては頼りにされている。
- 6・老人は早く死ねといわんばかりの最近の国の施策(特に経済的な基盤が弱い高齢者について)には、激しい憤りを覚える。介護病床は、老人の吹き溜まりであるとして、一掃せんとするこの施策は、必ずや後々に手痛いしっぺ返しとなってくるであろうと考える。
- 7・患者さんはもちろん、家族にも「死ね」ということですか？ 自宅介護はとても無理。行き先を紹介してください。
- 8・現行の医療制度の中に、何の必然性も理由もない改定を突然持ちこんでくることは、これが医療費削減という政治的な決定であることを証明している。政治的な決定である以上、政治的に対抗しない限り改善できないと思う。