

医療区分の適正な実施に関する状況調査 【A調査】

自由回答一覧

<p>医療区分の判定にあたって不都合が生じやすい点や、記録にあたって漏れが生じやすいところ、あるいは不明瞭と思われる点等をお書き下さい。</p>
<p>検査回数に左右される項目が多い。</p>
<p>慢性疾患（脊椎管狭窄症、圧迫骨折の再発）など、増悪や再発を繰り返し起こす場合のリハビリの判定基準や開始日の判断が難しい。</p>
<p>評価表の該当する項目があれば、丸だけでなく色がかわれればチェックしやすい。精神障害は専門医がいないため、すぐに判断がつきにくい。</p>
<p>「区分1-5 CRP 5以上」は、検査施行中のみの人数にした。「区分1-5 胸水」も診断時の記入。X P上の診断があっても治療になかなかならない方は判断に困る。</p>
<p>「区分3 発熱を伴う場合の気管切開」「区分2 発熱又は嘔吐を伴う場合の経腸栄養」について、抗生剤など治療開始後、解熱傾向になったときの判定が不明瞭。 経管栄養、気管切開以外の患者が発熱等で抗生剤投与などの治療を開始した場合でも、医療区分2とならないのは不適切と考える。 日常生活行動が全介助を要する患者が医療区分1では不適切と考えられるケースもある。 「区分1-5 認知症老人の日常生活自立度（M）」は、医療区分1では不適切と考える。</p>
<p>医療区分2にチェックが沢山はいるが、3にはならない。しかし、労力はかかる。</p>
<p>尿路感染症について、症状、あるいはルーチンによる一般尿検の結果、尿路感染症と判断され治療を行うが、医療区分の算定基準を満たすためには尿沈渣を行わなければ算定できないため、実際には尿路感染症であっても、追加検査漏れで算定できない場合がある。</p>
<p>漏れが生じやすいのは「吸引の回数」。 不明瞭と思われるのは「うつ、せん妄などの言動的な判断」。</p>
<p>血糖測定は随時値によって分別すると、頻回の血糖測定時は区分2に入るため、判断に迷うと思われる。採血データによって分別する項目もあるが、採血の頻度も療養病棟には少ないと思うので、採血して何日と期間を決めるか、ターミナルの余命の判断も主治医の判断にするのか、癌が発見されてから余命を決めるのかなど、判断基準を設けるのは難しいのではないかと。</p>
<p>不適切と考える項目</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・24時間持続点滴が7日間しか区分3にならない。</li> <li>・C V実施が末梢血管確保困難な場合、区分3にならない。</li> </ul>
<p>尿路感染疑いといわれても、検査をしないのでデータ（数値）を入力できない。</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・複数の看護師が関わるため、吸引の回数があいまいなことある。</li> <li>・尿路感染と思われる症状があるが、尿検査をしないことが多く、判断に困る。</li> <li>・脱水で輸液をするが、血液データがないことが多い。</li> </ul>
<p>医療の提供状況が複数と重なる場合とそうでない患者に関して、同じ医療区分であっても医療状況に差がある。もう少し区分の判定方法を検討してほしい。慢性医療の現場の実情が適正に反映されるようよろしくお願いいたします。</p>
<p>血液検査頻度が少ないために、医療区分の判定の見直しが正確にできていないと考えられるケースが多くなってしまっている。</p>
<p>「区分1-3 低栄養（Alb3.5g/dl以下）」は「区分1-4 低栄養（Alb3g/dl以下）」も入れるのですか。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・全く経口摂取ができず、I V Hや経管栄養拒否のため、生命維持は末梢点滴でのみ行っている患者でも、医療区分2の算定期間に期限が設けられているのは不合理。</li> <li>・急性胆嚢炎で加療した場合でも、医療区分が付かないのは不合理（Dr）。</li> </ul>
<p>記録にあたって漏れが生じやすいところ・・・せん妄、暴行、鬱状態。</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・現在の医療区分では、肝不全・心不全・腎不全等の重症度が反映されない。</li> <li>・気切で熱発があると医療区分3になる根拠が不明。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・気管切開患者の人で鼻使用時区分アップしてほしい。</li> <li>・経鼻カテーテルと胃ろうカテーテルの患者区分1だが、経鼻カテーテルは区分アップできないか。</li> <li>・進行性核上性麻痺の患者は区分2だが、他動・認知低下があり常時監視を必要とする場合の区分アップはできないか。</li> <li>・点滴療法24時間だが、不穏行動のある患者はヘパリンロックしている場合があり、この場合は該当しないが認めて欲しい。</li> </ul>
<p>検査データの頻度。</p>
<p>胆道感染症で絶食して点滴継続が必要な場合、患者の状態や同意書の関係で7日以内に中心静脈栄養に移行するとは限らず、強力な抗生剤を使用しているも、8日目は区分1と評価されるのは不適切。</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>・常時ベッド上で療養し、経口摂取のみ自立でコミュニケーションも可能な患者さんの場合、看護・介護の労力は重症者と同様な時間が割かれる。これは判定に悩む以前の問題で、在宅での受け入れ体制の整備が急務と考える。</li> <li>・独居患者で酸素の使用を余儀なくされている患者においても、医療療養だけではなく、特養・老健・在宅での対応を視野に入れた検討を促したい。</li> <li>・低栄養の問題は、前医（急性期医療）の判断・治療のため、必要な補液がされておらず、PEG・NGのみで当院へ送り込まれる状況であり、アルブミン値の低下においては補液の施行やむなくというところであり、医療区分2へ組み込まれることを望む。</li> </ul>
<p>せん妄と認知症の区別が付きにくく、判断に困ることがある。</p> <p>癌ターミナルの余命判定。</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・発熱を伴うものとうたわれている項目について、治療により症状が軽減するため評価が困難。治癒・寛解後の再発・再燃か判定に悩むケースがある。頻回の嘔吐・脱水に関しては発熱に関する想定に疑問を感じる。</li> <li>・せん妄、うつ状態も同様に改善傾向について迷うことがある。</li> <li>・医療区分2や3と評価されてもコスト面で治療との折り合いが付かないことがあり、不都合が生じるケースがある。</li> </ul>
<p>「区分2 パーキンソン病関連疾患」はパーキンソン症候群でもいいのではないかと（パーキンソン病は認定が必要であるため、高齢者は受診が困難である）。</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・絶食で24時間点滴を7日間以上継続している人が、7日以降では区分2になること。</li> <li>・尿路感染症で14日以上となり、治療が継続されている場合。</li> <li>・せん妄が7日以上継続し、治療を要する場合。</li> </ul>
<p>「区分3 24時間持続点滴」算定の留意点に、経口摂取が困難な場合・・・という表記がありますが、経管栄養の方で24時間点滴となった場合は算定がどうなるのか判定に悩みます。現在は算定していない状態です。</p>
<p>ADLがよく酸素のみしている方（常時していないとSPO2が90%下がる方）と、在宅や施設で常時HOT等している方の違いは？</p> <p>HOTしている人も、しないと90%になる人が多い。医療区分3はどうか。</p>
<p>BNPで測定するというのも手ではあるが（クリアカットでなければならないのかもしれないが）、不安定狭心症やSPO2 90%の心不全も区分として追加して欲しいと考える。</p> <p>不都合はないが、SPO2が低い人へO2中止してのテストは難しいと思われる。また、医療区分に心不全、重篤なら点滴・酸素などを投与するが、軽度から中度だと心エコー、BNP測定と利尿剤投与はすべて区分に入らず、回数を出しづらい。</p> <p>また区分3であるのだが、重症心不全へのカテコラミン投与やPDE 阻害薬、またCPR時のアシオダロン投与など考慮（区分3でもコスト上きつい）してもらいたい。さらに言えば不安定狭心症、急性冠症候群、ACSなども点滴として7日分の区分3しか取れないので、8日目からは区分1となってしまう。</p>
<p>「区分1-5 癌ターミナル（余命1ヶ月以内）」は判断基準がアバウトであり不明瞭。癌ターミナル患者1人1人に余命について明らかにする必要があることを、医師がどれだけ意識しているか疑問である。</p> <p>その他、食道裂孔ヘルニア、胃癌手術後（切除術）等の患者については、栄養摂取方法によっては、病院外での対応が負荷な場合がある（しかし医療区分1という場合が多い）。</p>
<p>項目で検査値による項目は、この月にたまたま施行したかしなかったか、また数値の持続期間の推定が難しく、正確な延人数計算はできない。</p>
<p>尿路感染症に対する治療を実施している状態。</p> <p>項目の定義：尿沈渣で細菌尿が確認された場合、もしくは白血球尿であって、尿路感染症に対する治療を実施している状態</p> <p>肉眼的に尿沈渣が明らかな場合は尿検査は施行しない場合もありますので、上記条件は無しにしていた方が良いと考えています。</p>
<p>24時間点滴について、7日間で治癒することは実際には起こりにくい。ターミナル期の患者の点滴を7日間で中断してしまうと危険である。よって7日間の制限は外した方が良いと思われる。</p> <p>せん妄症状は毎日同じような状態を呈することもあり、7日間で軽快することは考えにくい。よって7日間の制限は無くした方が良いのではないかと。</p>
<p>尿路感染症については検査上では明らかに該当するが、症状としては顕著なものがない場合。</p> <p>記録について、全体的に必要な記録が多すぎ、事務的な作業のため業務が終わらないことが問題。医療区分の判定についてはほとんどが記録で判定している。吸引については1日8回以上の記録があれば該当するが、看護師の記載漏れもやはり多く、後日確認して追加記録をしてもらうこともある。</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・区分判定のチェックに時間と手間（人件費）がかかりすぎる。</li> <li>・気切時の発熱は1日ごとのチェックが手間。</li> <li>・検査データも区分1でコストも上がらず、人件費がかかりすぎる。</li> <li>・注入患者でチューブ抜去や体動が激しく、手間がかかる割に区分1。</li> <li>・血糖も1日3回以上ではなく、朝血糖のみインシュリン療法あっても区分1。</li> <li>・肝硬変で長期的にない服薬を投与されている患者で区分1だとコストが低すぎる。</li> </ul>
<p>「感染隔離室における管理」「慢性閉塞性肺疾（COPD）」「癌ターミナル（余命1ヶ月以内）」が間違いやすい。日勤帯でチェックしているためか、夜間での発熱が見落とされている。</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>・検査データに基づく判定では、現状の管理状態では引っかからない。</li> <li>・認知症の患者様は、毎日の看護・介護の対策により起こらないケースが多い。判定されたら1ヶ月間は同じというならいいのだが・・・。</li> <li>・身体の麻痺により自力体動困難・意思疎通困難の場合、看護の手はかかるが何も引っかかってこない。</li> <li>・経管栄養の人の麻痺なのか、廃用によるものなのかは前医の段階で判定されているため、当院では重視されない。</li> </ul> <p>これらの日常的な内容を記録に残すことは困難である。</p>
<p>医療区分1の項目が3つ以上あれば区分2とする。医療区分2の項目が2つ以上あれば区分3とする等してほしい。</p>
<p>認知症で目が離せない患者様が区分に反映されていないと思います。</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・BNPの判定は心不全症状など疑いが無い限り実施しない。</li> <li>・脱水があるとHbが上昇する。</li> <li>・癌の余命が評価困難なことが多い。</li> <li>・腎不全+脱水ではBUN値が高くなるので、脱水の程度の評価が難しい。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・痰の吸引は判定が回数なので取りにくかった。</li> <li>・うつ病、せん妄の判定が複雑でわかりにくく取りにくい。</li> <li>・熱発していても病名がはっきりしないことが多く取りにくい。</li> <li>・常時監視、管理の状態がどのようなものかはっきりせず取れない。</li> <li>・脱水の判断は難しい。</li> </ul>
<p>褥瘡・皮膚創傷・皮膚潰瘍が区別されている。判別が困難な症例があるため、まとめることは不可能だろうか。</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療上必要不可欠な治療が日数制限されている項目があり、実態にそぐわない。</li> <li>・胆嚢炎やイレウスなど、密度の濃い医療を要する疾患が区分2や3に含まれていない。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・パーキンソン病関連疾患と他の疾患との併用における機能レベルの段階評価。</li> <li>・熱発の度合い。</li> <li>・隔離解除の時期。</li> <li>・せん妄症状の見極め。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・老人のADL状態と区分が一致していない。</li> <li>・高度心疾患（重度～中程度の心不全を含む）による区分評価がされていない。</li> <li>・経管栄養患者に対する評価が1では疑問を呈するしかない。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・老衰で摂食量が著明に低下し、退院できないが医療区分1となる事例がある。</li> <li>・原因疾患にかかわらず、長期臥床の患者については区分2以上の検討が必要ではないか。</li> <li>・区分1が複数該当する場合には区分2へ、区分2が複数該当する場合には区分3とするような措置も必要ではないか。</li> </ul>
<p>包括病棟のため頻回に検査が行われていない（控えめにしている）ため、検査データをもとに判定するのは難しい。</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療区分2の血糖検査1日3回以上になっているが、インスリンをやっていれば検査の有無にかかわらず区分2にしてほしい。</li> <li>・経管栄養の方は手間がかかるので区分を上げて欲しい。</li> </ul>
<p>アルブミンやBNPなど、頻回に検査しない項目が漏れてしまう可能性がある。</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・肺炎の診断をはっきり医師が記載してくれたらいいが、抗生剤の点滴・内服を投与されている場合、診断がはっきり記載されていない。</li> <li>・期間限定であるが持続点滴が2ヶ月と続く場合等、2ヶ月目の月も算定できない。</li> </ul>
<p>認知症の症状が強い患者様の医療区分1は不適切なように思う。紙面で見ると介護量は多いので、内服調整等で医療度は高くなっていいのではないか。</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・吸引回数7回以下と8回以上の差が不明瞭と感じる。</li> <li>・認知症による寝たきり状態（意識障害を伴う）と脳疾患による意識障害が不明瞭なところがある。</li> <li>・日数が限られている状況に関しては、長引いて処置が行われることが多い（高齢者のため）ので、実際には行われていても区分の数字にはでない。</li> <li>・中心静脈栄養での高カロリー輸液は、包括である療養病床では受け入れは難しいと思われる（報酬が可能であれば良いと思われる）。</li> </ul>
<p>気管切開又は気管内挿管が行われている状態（発熱を伴わない状態）という項目を、カッコを省いた状態にした方が良いと思う。そうしないと、発熱を伴う状態という項目もあるので、×を記入しにくく、誤りが発生しやすい。</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>・「区分3 24時間持続点滴」が7日間しか区分3で算定できないのは不満である。10日以上施行する場合もあるため、期間を14日くらいまで延長してほしい。</li> <li>・「区分2 頻回の嘔吐に対する治療を実施している状態、かつ発熱を伴う状態」が分かりづらい。頻回とは何回くらいなのか、発熱しないといけない理由も不明。嘔吐のみに対する治療で区分2が算定できて良いと思う。頻回という曖昧な言葉は使わないで欲しい。</li> <li>・「区分3 医師及び看護師により、常時監視・管理を実施している状態」の項目もとてもわかりにくい。モニターを扱う業者は24時間モニター管理すれば点数が算定できると説明したり、違う解釈で毎日医師の治療方針をカルテに記載しないといけないと言われたり、判定はかなり難しい。もっとわかりやすく項目の定義を示して欲しい。</li> <li>・「区分2 慢性閉塞性肺疾患」で寝たきり患者に対して、ヒュージョーンズの分類ができないと医師に言われたためチェックしていない。寝たきりのCOPD患者でも該当すると考えているがいかがだろうか。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・心不全の患者さんで、胸水や浮腫があるが食事療法・内服治療でゆっくり治療する場合、医療度がない。</li> <li>・慢性腎不全の場合も、栄養補給上も特殊な食品を使用したり、水分制限にしても飲水量にしても管理に手がかかるが医療度がない。貧血の合併があってもエポジンなどが使用できない。高齢で重度の腎不全の方で透析などできない方に対して何もするなと言うことが。</li> <li>・貧血があっても輸血以外の治療には医療度がない。</li> <li>・肝臓、肝硬変があっても、医療度が取れるのは終末期しかない。肝性昏睡もせん妄状態ぐらいでは医療度が取れない。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・医師や看護師による常時監視の項目で、3時間59分以内にV S記録とモニター管理を自動計測しているが、夜勤1名のNSの対応では濃厚な監視が不可能であり、記録・V Sチェック、モニターの記録があれば区分は取れるのでしょうか。</li> <li>・尿路感染症で診断されてから2週間経過しても治癒しないときは、1ヶ月に1回しか取れないのでしょうか。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・気切患者様は熱発、吸引回数にかかわらず評価いただきたい。</li> <li>・ターミナルケアの痛みに関して、麻薬以外の疼痛薬使用についても区分評価してほしい。</li> </ul>
<p>脱水が明白（尿量減少、飲水も少ない）にもかかわらず、37度以上でないとは区分2とならない。発熱まで待つ方がよいか？高齢者は低体温気味で、発熱が見られないことが多い。</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・尿管皮膚ろう(カテーテル持続留置)のケースはどこに含まれるのか？</li> <li>・直腸膀胱ろう、尿管留置 持続性肉眼的尿血+貧血 消化管出血は医療区分2に含まれるが、このケースは？(他の持続出血のケースがない)。</li> </ul>
<p>せん妄の算定日数の考え方が不明確。</p>
<p>錐体外路症状や妄想・幻覚など、日内変動の差が大きい場合の判定に悩む所があった。</p>