

慢性期病態別診療報酬（試案）患者状態調査 【B調査】

自由回答一覧

慢性期病態別区分（試案）の項目についてのご意見。
リハビリの発症から1カ月、入院後1カ月間ではADLが確立できないまま経過することが多く、あと1カ月の期間があれば、在宅へ結びつくのではないかと思います。
急性疼痛に対するリハビリの項目がないのでは？
以前の区分より細くなり、状態が悪い患者様の区分が高くなりやすい傾向があると思った。 チェック項目は増えるが、全体的に区分が2以上に上がる患者が多くなると感じた。
<ul style="list-style-type: none"> ・区分の評価についての変更について、通常の業務多忙な日々チェック作業をして変更していく時間が日々1～2時間要している。簡略化してほしい。 ・現在25：1で平均区分2と3合わせて68%前後であるが、人員基準25：1の配置より6.2人プラスして配置、それでも月平均合計残業は100～140時間発生している。今の区分と基準配置が合っていない。実際70%以上の区分2と3では、業務がまわらない状況にて医療療養の人員基準の見直し必要と考える。 ・病態的に他の病棟や他の病院からの入院もあるが、病態安定していない。またターミナル期にもかなりの時間と労力を要しているが、区分のみで状況わけすることは問題と思われる。
慣れていないためか、難しく感じました。
大分類「6. 栄養障害」について、検査項目にてフォローするのは良いが、検査結果からさらに治療処置をすることが算定要件になるとすれば、判定に不都合が生じると考えられる（その他の検査値による病態区分についても同じ）
現在の評価体制では、1つでも該当項目があれば算定できるため、同じ区分内で該当項目が2つ以上ある場合にきちんと評価していないのではないかと。
同じ区分でも該当項目の数で点数が変われば、正確な評価を行うのではないかと。
今回の慢性期病態別区分の項目について、区分判定としてあっても良いのではないかと考えるものがいくつかありました。特に、循環器の項目では、現在、区分が全て1ですが、アンケートの項目は重度の患者さんを指しているの、検討する価値が十分にあるのではないかと考えられました。
肝不全、特に肝性脳症を発症する患者さんは、在宅も困難、施設も困難という状態にあると思われます。全身管理が必要と考え、医療区分2が妥当と思われます。
リハビリテーションが必要な疾患が発症して30日以内という定義は、高齢者の回復の期間から考えても短いと思われます。高齢者が肺炎等で数週間寝たきりになると、食事摂取のリハビリ、日常生活ADL改善のリハビリ等で時間がかかるのが現状です。
<ul style="list-style-type: none"> ・BNPの採血をしない医師がいるので、現状では正確なデータとは言えない。 ・採血を頻回にしている訳ではないので、たまたまデータが悪かった日から中分類にひっかかるケースがままある。それでも数値で分類するのは分かりやすい。
リハビリテーションにおいては、患者家族の希望によりPT・OT・STの維持期リハビリテーションを行っています。終末期まで関わりを持っています。あまりに短期でリハビリを中止するのは難しい現状があります。
「3-4. 意識障害」「3-5. 摂食嚥下障害」「4-2. 認知症」について、先の患者が多く入院されているため新設は必要。
「5-5. 肺炎」は、肺炎と診断される患者はもともとサクシオン施行で病態区分2であり、治療が始まると区分は上がらないか。リハビリ開始1カ月は病態区分2だが、その間に退院が決まる患者は少ない。
臨床所見にて明らかに胸水を認めるケースについては、あえてBNPチェックを行わず「8-3. 高度非代償性心不全（BNP1,000pg/ml以上）」、「8-7. 高度非代償性心不全（BNP500pg/ml以上）」を評価できない。
分類が細かすぎて使いにくい。
<ul style="list-style-type: none"> ・気管切開症例の発症日は3とすべき。 ・心不全の重症度はBNPよりもNTproBNPが主流に用いられている。臨床像（staging）としてはNYHA～を使用（併用）していただきたい。 ・すでに現行の方法（医療区分）に慣れており、臓器別の試案にスタッフが慣れるのには時間を要する。
<ul style="list-style-type: none"> ・悪性腫瘍：術後期間による区別の根拠が不明。処置の有無で区別するべきではないか？ ・精神障害：BPSDを1週間に限定する根拠が不明。長期にわたる病態を考えるべきでは？ ・感染症：肺炎と重症肺炎を区別する根拠が不明。肺炎と重症院内感染である尿路感染を含まないのは理解困難 ・代謝異常：脱水、電解質異常の検査数値の根拠が不明。 ・消化器：肝不全の分類の根拠が不明。 ・その他：高度貧血の区分が根拠不明。輸血の必要の有無で区別すべき。
全体に根拠不明の項目が多く、実用に耐えないと思われる。
<ul style="list-style-type: none"> ・感染症の治療過程でCRPが5mg/dlから5mg/dl未満に転じる瞬間を検査で確認したら、その日から区分が低くなるのでしょうか。 ・NTproBNPを心不全の指標にしている病院での基準値は設定しなんでしょうか。

<ul style="list-style-type: none"> ・認知症が多い当院のため、アリセプト等の使用では、全て病院持ち出しになっている状況です。 ・褥瘡についても、前医からの引き続きが多いのが現状であり、栄養補液がままならず、治療を遅らせているが、NEG、PEGでの効果もみられ好転している患者も多い。 ・DM患者のインスリン注射の持ち出し。(3~4回/1日)摂取単位数で病院の持ち出しになる。 ・抗癌剤服薬においても同様なことが発生している。 ・医療機関同士での入退院相談において、ネックになるのが現状である。
<p>試薬では検査値を基にした区分が多くあるが、検査 再検査までのタイミングによって算定日数に変化があるように思われる。</p>
<p>老年の方は状態が悪くなるとすぐに心不全となるケースが多い。肺炎が治癒しても心不全が残るが、医療区分の中にチェック項目がない。</p>
<p>時間のかかる行為の1つである吸引の項目は残していただきたいところです。</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・「12-2.四肢および体幹骨折発症(1ヶ月間)」及び「12-4.四肢および体幹骨折1ヶ月以内(入院して1ヶ月間)」については、骨折に限定するのはいかがなものでしょうか？ 脱臼や腱板、腱断裂、ヘルニア、人工関節置換など重患的にリハビリテーションを要する疾病、傷病は他にもあり、評価されるべきものと思います。 ・「4-4.うつ病(治療中)」及び「4-5.せん妄(治療中)(1週間)」について、治療を継続しなければならぬ事例が多く、常時観察、看護、介護が必要になっている状況から日数制限はいかがなものでしょうか？ ・リハビリテーション等で日数に限りがあるものがありますが、日数内に退院までもっていくのは非常に困難。病態として評価するのは違っても知れませんが、限度日数超過日から1カ月等、退院調整評価として加算があると嬉しく思います。
<p>少し細分化し過ぎではないかと思えます。</p>
<p>病態区分については理解できるが、判定についてはこれまでの医療区分より複雑であるため医師に判定を求めるケースが増えると思われる。項目によっては判定のための検査が必要なため、業務量は増えるのではと考えられる。</p> <p>病態区分が重複する場合は、これまでの医療区分以上に増えるが、その場合は診療報酬に反映されるような改定を望みます。</p>
<p>リハビリテーションにおいて整形骨折の項目しかないが、OAによる術後や脊椎変性の安静目的、手術後等の項目があってほしい。</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・うつ病、せん妄の判定が分かりにくい。 ・発熱の原因が不明なことが多く、とりにくい。 ・脱水の判断がむずかしい。
<ul style="list-style-type: none"> ・BNPの測定は心不全症状など疑いがない限り実施しない。 ・Hb値だけで貧血を判定するのは難しい(脱水があるとHbは上昇する)。 ・癌の余命は評価が難しい。 ・腎不全+脱水ではBUN値が高くなるので脱水の評価は難しい。 ・吸引の判定は回数別ではむずかしい。回数を勤務中に数えるのは難しいし、回数が多くても痰の量が少ない人、逆に回数が少しでも痰の多い人もいる。 ・うつ病やせん妄の判定は難しく複雑。薬で落ち着いていても管理はそれなりに大変。 ・胃ろう、腸ろう、膀胱ろうなどでは、是非とれるようにして欲しい(管理は大変)。 ・認知症で自立度 ~ は、看護度はかなりある。 ・感染症、発熱は、肺炎や尿路感染症でないのとれないが、熱発の時点で医療開始だと思う。病名、原因がはっきりしないまま抗生剤等で治癒する場合もあるため、熱発した時点でとれるようになればいいと思う。
<p>褥瘡が治癒した時に点数がつくようになりませんか。</p> <p>(病気が改善した時)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・呼吸器離脱 ・O2中止 ・モニター中止
<p>脱水(BUN40mg/dl以上)の項目にて、脱水(BUN50mg/dl以上)の項目と被ってしまっているのか。BUN40mg/dl以上50mg/dl未満と解釈し、項目と被らないようにすべきかわからなかったです。</p> <p>その他、低栄養、Hb、BNP、血糖も上記理由と同じく分かりませんでした。</p>
<p>12.リハビリテーションの項目において、脳血管障害、四肢および体幹骨折、発症1カ月以内は区分3は妥当と思われますが、通常の運動器疾患における発症1カ月以内の区分引き上げも従来通り必要ではないでしょうか。</p> <p>現在までの区分仕分けにおきまして、医療の必要度に応じて区分を上げるということは当然ではありますが、医療度の高い患者様に対して、必要な医療を提供することにより、改善が認められた場合の加算点等も更に充実していくべきではないかと考えます。その上での在宅復帰における加算の上乗せも必要ではないでしょうか。</p>
<p>中等症~重症の心不全や不整脈に対する評価が必要である。</p>
<p>慢性期医療の場となり、重医療の患者が増加している中、出来高で算定できる条件等についても、医療区分の検討を併せて行ってほしい。</p> <p>(例：肺炎に対する抗生剤など、一般病棟に転棟せず治療を行っているケース)</p>

<p>従来の分類が慣れているため時間がかかったが、項目分類があることで対象をとらえやすく病棟として把握しやすい。</p>
<p>喀痰吸引は入らないのですか？</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・化学療法中とは、抗癌剤等を投与した日に限りカウントするものですか？ ・胃ろうの患者が多数いますが、評価指標がありません。実際、チューブの（交換）管理等を評価の対象にしたい。
<ul style="list-style-type: none"> ・現行よりも細くなる部分が多く、チェックする側も大変になる。 ・1カ月以内や 以下などの制限が細かく、チェック漏れがおきそう。
<p>24時間点滴、吸引8回以上の項目がありません。</p>
<p>「6-1. A L B 2.5以下（2ヶ月間）」「6-2. A L B 3.0以下（1ヶ月間）」は、高齢になるとこのような状態になる方が多くいらっしゃる、その都度検査を要するのかわかりにくい。</p> <p>また、2ヶ月間や1ヶ月間などの期限は、2ヶ月以上該当している患者が対象なのか、または検査日から2ヶ月間が該当なのかわかりにくい。</p> <p>「5-7. インフルエンザ・ノロウイルス（2週間）」 「5-8. その他の病原微生物による感染症（2週間）」 「7-1. 糖尿病性昏睡（1ヶ月間）」 「7-2. 脱水（2週間）」なども同様</p>
<p>8回以上喀痰吸引の項目は試案では削除されますか？</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・大分類といった機能別に分けてあることで、記入しやすい。 ・発症後、術後などで状態が安定してから療養病床へ移って来られるので、該当者が少ない。 ・区分 ~ の差が、明確であれば良いと思う。 ・頻回の検査や高度な医療的処置を必要とされる場合は、療養では困難になってしまう。
<p>栄養障害の A L B 値の測定は月1回か週1回か、どれくらいの頻度で測定すればいいのかわかりません。</p>
<p>栄養状態の指標として A L B を使用したり、心不全に対しての詳細な区分分けなどに感動しました。Respirator などに関しては当院は関連しませんが、現段階での医療区分の算定には現在も苦渋しております。現在の医療区分はやはり現状としては患者自身を見ず、病態だけで入院させている印象があります。今後とも協力できる範囲で協力させていただきますので、よろしくお願いします。</p>
<p>病態区分に対する分類内容は、多岐にわたり細かく分類されており、該当する内容が容易に見つかると思う。</p> <p>また、今まで区分 だったものが、区分 になっているものもあり、慢性期病院でも積極的治療が行われる可能性があり、後方支援病院としての役割が充実していくと思う。</p> <p>今後は、経管栄養や重症度を軸にした区分の組み合わせを実現してほしい（例えば、胃瘻造設状態者と難病患者は区分 など）</p>
<p>療養病床も今や急性期と変わらない患者の受け入れがないと点数にならない現状であり、医療区分 では不適切だと考えられる項目もあるが、あまり細かく区分が分かると判断が煩雑になり、業務に支障があるのでは？と考えます。療養病床は書類が多く、少しでも簡素化していただけたらと思います。</p>
<p>心不全、肝不全、腎不全の患者で慢性期の治療・療養が必要なのに医療区分が1で受け入れられず、行き場のない患者がいる。この試案で受け皿が拡大できると思う。特にアミノレバン、エポジンなど薬価の高い患者の治療を考慮してほしい。</p>
<p>詳細な項目分けの為、判定に悩む所は少なかったです。</p> <p>医療区分、病態区分の双方において、現行のものより評価しやすいと感じました。</p>