

16	月 2 回理事長より問題点を聞き取り、助言する。
17	経営戦略合宿(年に 1 回)。診療科部長会議、病院運営会議、三者(理事長、院長、法人本部長)会議等
18	執行部会議(院長、副院長、事務部長、看護部長)
19	問題又は疑問点の発生時、相談及び部門指示
20	ヒアリハット、医療事故に遭遇した場合には報告書を作成し安全管理委員会で討議する。また、ベット運営、経営報告は管理会議で行っている。
21	看護部、業務部などの長との会議
22	主任者会議・病院全体会議(管理者会議)を定期的に行っている。
23	法人本部機能(もしものときの「報連相」窓口設置体制による相談、助言を実施している。
24	企画本部会議(各事業所長が出席)や運営委員会(法人の運営や方針についてサポートする)において検討し決定する。
25	医療なき介護もなく、介護なき医療もありえないのでいったいものとしての評価が必要とされます。
26	本部があり、連携、サポート体制が敷かれている。
27	管理者研修を定期的に行っている。(中級者管理研修 4~6 回/年、上級者研修 4~6 回/年)目標管理の進捗報告会を毎月行い、上手く進まない部署への助言、上手く進んでいる所への資格を行っている。事業計画に対する策定の為の宿泊研修、管理のための宿泊研修を 1 つ屋根の下で理事長、院長も参加している。
28	病院管理会議・業務連絡会設置、機能している。
29	管理職員研修の中にコンプライアンスに関する項目、並びに P マーク認証においてコンプライアンスに関する研修を行っている。
30	施設の事務長がサポートする。
31	年 2 回理事長との意見交換会を実施している。 毎週 1 回、管理職が集まり運営相談会を実施している。
32	幹部会(院長、診療部長、看護部長、事務部長)を週 1 回開催し、その中で管理者への助言、サポートが行われる。法人との調整は主に事務部長があたり、問題によってはトップ会談が行われ、問題解決にあたる。
33	顧問弁護士や公認会計士
34	法人組織の理事会に外部より経済・経営のノウハウ注入してもらう為、顧問を置いている 弁護士、税理士も
35	部長クラスが課長、係長、主任の相談を受ける
36	①外部顧問の設置 ②相談窓口の設置
37	顧問弁護士などに相談

38	毎週、月曜日を中心に報告会を行っている。
39	各部門において異なる部署を横断的に管理する責任者を配置し相談、助言できる体制を構築している。 例：警察や府・市計現出身者の採用、複数の法人をグループ化し総括する部署の設置(企画調整室)
40	①上司による傾聴 ②メンタルヘルスケア 健診課部長(医師)③医療安全管理者(専従)配置
41	上部組織(本社)がある。
42	①外部委員(医療関係、福祉関係、法律関係、教育関係)を含めた病院運営委員会 ②夏季の管理者研修会(2～3泊、3～4日)：外部講師による
43	法人・グループ内での管理者ミーティング(年4回)。外部コンサルタント、顧問弁護士等への相談体制をとっている。
44	同一医療法人グループ内に、管理者対象の相談窓口を設置している。
45	①人事考課面接(定期)での上司との面接時間 ②人事考課室課長への相談 ③管理者研修
46	理事会の際などに理事長、その他の施設の管理者が集まり、相談・助言などがある。
47	相談役を備え、管理者をサポートしている。
48	①看護部長、副部長のアシスト ②事務局長の面接
49	各事業所管理者の上席にブロック長・副ブロック長を組織的に配置しサポートする体制をとっている。
50	施設間での業務管理者の相談・連携のとれる体制にある
51	産業カウンセラーによるカウンセリング。安全管理者・院長の面談。
52	①業務連絡会 ②業務改善委員会
53	各委員会より全体会議(月1回開催)各職棟長が集まる会議で報告、相談、決議されま す。
54	法人本部組織への相談

### (3) 2012(平成24)年の診療報酬・介護報酬同時改定について

2012年には、診療報酬と介護報酬の同時改定が行われる。また、厚生労働省は「医療・介護改革調整会議」を開き、「医療の機能分化・連携」と「介護と医療の連携(地域包括ケア班)」の2つの検討班設置についての案が示されている。検討班は、特に来年度の予算編成と診療報酬改定で可能な措置を盛り込めるよう、具体的項目の整理を早急に進めるとして  
いる。このような動向において、どのような診療報酬・介護報酬同時改定を望むかについ

て、自由記載は以下の通りである。

表Ⅲ-12. 2012(平成24)年の診療報酬・介護報酬同時改定について(自由記載)

No.	回答
1	医療から介護間、各施設間、各職種間のシームレスな連携という発想ではなく、個々の奨励、利用者をトータルに手当てをしていくというシステムにすべき。
2	慢性期を含めた地域連携の評価。
3	慢性期病院に対する診療報酬の上昇と人材の育成。
4	算定しやすい項目の点数をあげて、全体的に経営をよくしてもらいたい。連携を進めるには思い切った関連点数の up がなければ、また自院完結型にもどっていくと思う。
5	超急性期から慢性期及特養等施設、在宅において医療には医療保険から介護には介護保険から支払われる仕組みが良いと思います。 報酬額はコストに基づいて再計算が必要だと思います。
6	高齢化に従い、介護を必要とする人が大幅に増加する。受入可能な施設を整備し、働く職員の報酬アップが出来る改定を
7	診療報酬、介護報酬ともに総額のアップ
8	医療、介護崩壊が起こらないような改定をお願いしたいと考えています。
9	施設基本料を考慮してほしい。
10	別々の道を進むのではなく、可能な限り一元化を目指してほしい。非常にまぎらわしく、コンプライアンスの遵守にも影響する。
11	団塊の世代が大量に退職し、同時に高齢化していくことから、今後年間の死亡者の数はどんどん増えていき、最後をどこで過ごすのかは大きな問題となってきていきます。その時に、病院、施設、在宅を考えると、在宅で亡くなられた方が患者や家族の満足度は高い一方で、経済的にも少なくて済むと思われれます。 以上から在宅で最後まで診られる介護報酬とそれを病院が手助けできる診療報酬が必要と思います。
12	経営が成り立つように
13	病院と介護保険の報酬を上げる。介護サービスの連携加算を上げる。
14	都合のいいデータだけを取って、あとは切り捨てるところが政策に見え隠れする。特殊疾患から始まり、療養病棟の削減、介護病棟の廃止、介護者の処遇改善など、政策というより、厚生労働省内の感情論や政治家の感情論がもろに出ており、まったくもっておそまつ。差別とも思われる介護者の処遇改善交付金に至っては、病棟ごとに処置が変わるリスクもあり、行政は金は出すからあとはお好きな様にしてくれ！！と言っていると思わざるを得ない。法律だけ作っておいて、解釈はどうぞご自由に、マスコミ他のクレームがあったら取り締まるよなどといういい加減な対応はやめて、そろそろ、答えをだすとこだな。例え

	<p>ば処遇改善は金を出すのは言ってもいい。ただし、医療に勤務する者は出せませんごめんなさい。と最後まで表現することだ。昨今の医師不足もごめんなさい間違えましたといった役人はいない。</p>
15	<p>まじめに取り組んで経営が成り立つよう配慮を望む。</p>
16	<p>介護に携わる職員に仕事に対するやりがいを感じられるような報酬を加味したさらなる改定がなされることを期待したい。</p>
17	<p>医療の面では、医療区分の算定基準を現状に見合ったものに改訂してほしい。 介護報酬については、入院などの基本的な報酬を上げ、介護度が高い方の入院基本点数を上げてほしい。</p>
18	<p>医療と介護の崩壊を食い止めるための十分な財源確保と報酬の大幅なアップ 医療療養病床、介護療養病床を含め、慢性期医療の必要性を十分考慮した機能分化と連携を推進できるような同時改定の内容としてほしい。</p>
19	<p>診療報酬の格段アップ(特に入院基本料) 看護体制の見直し</p>
20	<p>現在、診療・介護に対する正当な評価がなされていない。誠実に努力している施設には、出来るだけ正当な評価がしていただけるような改定を望む。</p>
21	<p>現状に即した診療報酬の改定を望む。</p>
22	<p>診療報酬、介護報酬ともに引き上げが望ましい。療養型病棟の充実が必要。介護療養型病棟は廃止せず、存続を。</p>
23	<p>入院における夜間業務の評価がほしい。</p>
24	<p>国がすすめるグランドデザインに沿った医療介護連携ができるように報酬改定をすすめるべきだと考えます。(筋の通ったものであるべき)</p>
25	<p>長年に亘り、診療報酬・介護報酬が引き下げられてきた。そのことにより、少なからず職員の賃上げを抑制せざるを得なかった。職員の定着、サービスの質向上などに影響があったことは否定できない。適正な診療報酬・介護報酬の改定を期待している。</p>
26	<p>本体を改定、附属は本体へ、診療科へ そうすれば Dr.fee が明確になる。</p>
27	<p>介護職員処遇改善交付金の取り扱いについて ①当院は医療・介護の併設であることから、この支給条件に苦慮している。 ②医療病床担当者(介護)に対しては、病院持ちだして支給することとしているが、経営的にも苦しいのが現実である。 ③介護職員に対する人件費増は急務であると思うので、診療報酬改定で手当てされるこ</p>

	とを強く望む。
28	現在の診療報酬体系では、病院の自己再生産はほぼ不可能である。施設基準が多すぎる。医療行為の範囲もあやふや。他の諸外国で認められている医師以外の医療行為を積極的に常用すべし。
29	診療報酬におけるリハビリ加算の改訂。施設基準のハードルが高すぎてリハビリ加算がとれていない。(病名・部屋の広さ)
30	もっと人員配置を増やし、それにみあうコストを加味した改定を
31	①地域医療の実情を反映させていくことが望まれること。 ②医療区分に関してはもっと柔軟性のあるものであってほしい。医療区分 I でも医療的要素の高い方も多く、急性期では考慮してもらえない高齢者独特の疾患も見られる。(急性期的疾患) ③終末期とくに癌の終末期評価を行ってほしい。 ④終末期のリハビリも評価してほしい。(本人の QOL、ADL、あるいは苦痛軽減等のために必要なことも多い。)
32	求人難が解消できる改定を望む
33	介護療養型医療施設の存続
34	医療区分 I ADL 並みの pt の報酬を上げてほしい。
35	医療法人(助成金等の対象外)は涙ぐましい努力をして赤字を出さないようにしています。にもかかわらず、黒字だからといって療養病床は点数の引き下げが続いています。公的病院等との職員の待遇格差、建物、医療機器等すべて自前で調達、これらをぜひ勘案して頂きたい。
36	准看護師を減らすから悪くなった。准看護師の養成の学校を以前通り適度には増やしてほしい。
37	診療報酬-施設基準(特に看護師等の人員配置、クリティカルパスの評価)、介護報酬-介護療養型病棟の再検討、介護職員の処遇改善
38	スタッフを増員して安心して介護できるだけの報酬を望む
39	ヘルパーの離職を減らす様な施策を行って欲しい。
40	今まで積極的に医療・介護の連携に取り組んできた組織に重点配分されるような改定を望む
41	医療と介護の連携といわれるが、医療側、介護側、独自に利益追求していて、連携できる状態にない。地域包括支援センターは民間に委託させるべきではない。困り込みが生じている。

42	平成 21 年の介護報酬改定では介護職員の処遇改善を目的としてプラス改定が実施されたが、平成 22 年の医療報酬改定では看護補助者の多い療養病床等での処遇改善のための点数アップが現在まで論じられていない。介護保険のみを対象とした介護職員への処遇改善交付金も医療保険・介護保険両方の介護職員をかかえている医療法人では大きな問題となっている。点数を構成している看護、介護等の人件費は同一の考え方に基づいて実施してほしい。
43	診療報酬 医療療養病床では「初めから赤字になる病気(PT)」を受け入れられる報酬を。(例)肝性脳症
44	両報酬の適切なる評価を踏まえて改定してほしい。
45	医療と介護切り離せない関係にあるが、軽度・中度・重度の区分けの中で、理解できない部分がある。現場の意見を取り入れてほしい。 介護型、医療型療養病床は介護保険・医療保険の仕組みからできたとしたら、保険そのものの仕組みが間違っていると思う。内容的にどこが違うのかははっきりしてもらいたい。
46	介護療法を廃止しすべて医療療養にするには仕方ないと思うが、医療強化型老健に対しては反対する。この老健の介護報酬では経営は厳しく移行するメリットが今の所(長い目でみて)考え難い。
47	①現在の介護療養病棟を残すこと。 ②ケアミックス型病院としては、医療、介護ともに報酬増を望む。
48	介護施設においては医療は診療報酬として別に算定するべき。介護のサービスに包括されるのはおかしい。
49	医療、介護保険の統一。
50	介護報酬の本俸のアップ。 医療区分(医療療養病棟)の見直し。特に医療区分1 急性期、超急性期のみでなく、慢性期の報酬のアップ
51	介護と医療の一本化
52	全体の底上げ及び、リハビリテーションの評価
53	日本慢性期医療協会が認定する病院施設には、診療報酬、入院科に係数をつけ、質を確保し、日本の医療の質改善を行う。急性期医療における介護の必要性及びその評価。今後とも日本における医療は民間が担っていく、その為にも、再生産できる報酬の確保。
54	介護施設でもある程度の医療行為が可能な様に看護配置数診療(介護)報酬の間で道を開くこと
55	医療、介護のいずれにおいても中小病院にとっては、これ以上効率化、合理化が出来ない状態に追い詰められ、経営状況は悪化している。地域のニーズに応える努力が報われる仕組みを望む。病院、施設等の社会資源を減らさないように。
56	夜勤体制 72 時間は退職者、年末・年始・夏季休暇等、又 4 週 9 休：有休消化など非常に厳しい。72 時間しぼりはやめてもらいたい。

57	当院は差額ベッドを徴収せずに運営行っているが、健全な経営を行う為には入院加算の引き上げが必須であり、療養病床内で行う医療行為を検して欲しいも必要。例えば、抗生剤の実滴尿道バルーン等のじき高算定。
58	診療報酬→病院経営を重点的に配慮すべきである 介護報酬→療養病床の廃止は撤回してほしい
59	①4回も診療報酬は実質マイナス改定つづきであり、全般的に底上げしてほしい ②直接医療にかかわらなくても患者さん、家族等にとって大事な役割を果たしている相談室・医事等にも相応な報酬をつけてほしい
60	身体疾患をかかえる認知症患者の増大に対応できるような報酬改定を希望
61	望みます。医療においては、基本的に高い技術を要するものや非常に緊急性の高い分野では高い診療報酬が支払われるべきだし、介護においても対価を納得できる金額で支払わなければ介護は成り立ちません。
62	Those consist of low marks. They should pick them up as high as we live on.
63	複雑で現場に合致しない医療区分を簡素化してほしい。
64	報酬の大幅な引き上げ。
65	医療・介護報酬の基本的考え方及び両者の整合性
66	医師・看護師・ヘルパーの人員を考慮した入院の管理料を制定していただきたい
67	介護療養病床の廃止等の決定がなされていない為、同時改定(報酬)が望みにくいが、在宅生活支援部門への手厚い改定を望む。又、医療療養病棟の医療区分の報酬のあり方についても医療・看護・介護の負担が多岐であるにもかかわらず区分が低く労働力に見合った改定を望む。
68	医療療養幼少の入院患者が重症化するなかで、在宅への移行はきびしいものがある。在宅への移行に点数を付けるが、現実は無理なことが多い。急性期医療の在院日数が益々短くなり(パス)、療養病床(受け入れ)の役割、患者からの期待が高く、安全な医療を提供するために看護師の増員を行い薬品費も高くなっているため、現実をもっと反映した改定に期待したい。
69	医師不足と一つの病院が活動するエリアが広い地方の事情と都市部では異なる状況があると思います。その部分を配慮した内容にしていきたい。
70	国家試験に於いてもっと柔軟な対応が必要と思われれます。言葉の問題がありますが、もっと本格的な対策が必要です。今後本格的に多量に受け入れるべきと思います。
71	両報酬ともにアップすること。
72	職員を雇用し、患者や、利用者のニーズに合ったサービスを適正に提供している事業者にはプラスになる様な報酬改定が望まれる。
73	医療区分の根本的な見直し

74	<p>①医療と介護は高齢者の尊厳を守るためにも切り離すことはできない。本来であれば、別の報酬体制でなく医療の上に介護が乗っかっているような報酬体制が必要である。診療報酬では、医療療養病床における医療区分1がデイサービス(6時間)と同じくらいの報酬は見直すべきである。</p> <p>②医療の機能分化、連携では、質の評価が反映されるようになり良い部分が見受けられる。しかし回復期リハ病棟では、質の評価が重症割合15%在宅後期60%で評価されるため程度の患者を選択した方が良くなっている。重症割合30%以上、在宅後期40%というような2段階の評価が求められる。このように質評価は今後も行っていただきたいが、の実情要望をうっかりと把握していただきたい。</p>
75	<p>職員の適正な報酬・借入金の返済できる報酬体制にしてほしい。</p>
76	<p>介護保険サービスの場においても、一定の必要な医療は提供できる体制を望む。</p> <p>特に今後の中重度者・在宅療養を支えるためには、院内看護サービスは、医師の指示の元、必要十分な回数・量を提供できる体制にすべきと考える。</p>
77	<p>医療と介護の崩壊を食い止めるための十分な財源確保と報酬の大幅なアップ</p> <p>医療療養病床、介護療養病床を含め、慢性期医療の必要性を十分考慮した機能分化と連携を推進できるような同時改定の内容としてほしい。連携の現状を捉えると介護事業所におけるケアの内容が、必ずしも連携できるレベルに成長しているかが疑問であり、病病連携、病診連携と違い、かなりのギャップがある。</p> <p>そのギャップを埋めるための施策を平成22年の診療報酬改定において、回診時等におけるケアマネージャーの参画等により、医療知識を育成し、介護分野の質の向上に努めていく必要がある等第一段階の取組と考えられる。</p> <p>平成24年までに医療と介護とのギャップを少しでも埋められる体制作りと、そのための報酬誘導をしっかりと整えないと、「連携」というカッコいい言葉で包まれてしまい、実質的に何も変化がないものとなってはならないことになる。※リハビリに関し、連携パスを維持期にも進めているが、うまくいかないのが現状。</p>
78	<p>医療度の高い方は病院、介護度の高い方を含むそれ以外の方は施設または在宅というのが時代の流れと感じております。しかし、在宅での受け入れ状況、地域での医療福祉体制、認知症の問題等、十分に整理し、改定に反映していただきたい。</p> <p>行政においても医療と介護は別であるという認識が強いと思います。(今までの私の経験から)やはり、現在利用しているかたが、スムーズに対応できるような改定内容であってほしいと思います。</p>
79	<p>診療報酬に対しては、医療区分の見直しとリハビリに対する諸制限の再検討が必要。</p> <p>又、介護報酬は病院での介護保険での運用は廃止すべきものと考えます。すなわち介護保険療養病棟は現場でもその内容から考え、すべて医療病床に集約すべきではないでしょうか。</p>



80	診療報酬の簡素化を切に望みます。要件や、加算、特別措置や猶予期間が複雑すぎて、理解するのに時間がかかりすぎます。加算は必要最低限にして基本点数で報酬を一本化していただきたい。又、人員配置の0対0は医療法と統一に戻してほしい。枝葉の要件を守れないから、不正とされるのは心外です。例えば、被保険者資格喪失者の保険請求が病院の不正となる等。
81	介護職の離職もなく、介護士、医師、看護師などに十分な報酬が支払われる体系
82	施設をすべて医療保険、在宅をすべて介護保険で賄う仕組みを作れば、診療報酬と介護報酬の財源区分と対象被保険者が明確となり、医療・介護の連携が図れる気がする。医療の機能分化はその後でも良いのでは？
83	医療と介護を一緒にした報酬体制は医学も進歩しているだけに無理。当分は老人も益々増加する(2025～50)。高齢化すればする程、医療費は増える。官公立中心に政策が作られるが個人施設の恩恵は少ない。
84	相互性、簡素化等
85	経済が低迷する中で、雇用を下支えできるような、報酬保守、及び医療療養病床の医療区分、又 ADL3 の患者様の受皿となる報酬を希望します。
86	「医療の機能分化、連携」を検討するにあたって、今後は一般病床の再編に焦点をあてていかななくてはならない。現在、一般病床は 90 万床程度であるが高度急性期を担う病床は 40 万床程度に収束するとされており、ここに含まれる機能不明瞭な一般病床は病床転換が必要になってくる。その際にボトルネックとなるのが、一般病床と回復期リハビリや療養病床の平均単価の開きであり、後者の単価を引き上げることにより病床の転換が促進されると予想される。「介護と医療の連携」においては、その前段として医療は医療保険、介護は介護保険でみるという整理が必要と考えられる。
87	医療保険では、介護に対する評価が不十分。今日行われた介護職への収入、サポートは医療病床の介護職やチームで行っている他の職種を評価しておらず、医療・介護の連携を掲げている。
88	療養病床の削減の凍結、介護療養病床の廃止と今のところなっています。地方においては、老老介護、独居老人が多く、そのための受皿として、療養病床の存続を希望します。また、それに伴い、介護報酬の引き上げ、老健施設の介護報酬引き上げを望みます。
89	慢性期医療の重要性を理解し、経営が円滑に行われるような評価を期待する。具体的には、現在の医療区分の基準から外れる医療の提供においても正當に評価してほしい。
90	”介護と医療”の連携がうまく機能している介護療養病床を残して欲しい。
91	①官民を同じ土俵で評価し、民にも地方交付税を使えるようにする体制創り。 ②一物多価をやめる。入院日数と疾病コード、看護必要度(主に(A))医療区分-ADL 区分等を中心に、きちんと患者のアセスメントをして、このアセスメントの結果ならこの価格というふうに決めてしまえば、超急性期のインフラを整備した病院に1年を超えるような患者はコスト割れして入れられない。急性期～慢性期への統一したアセスメントが必要です。

92	介護療養病床の存続を切に願う。
93	①心不全・肝疾患等の慢性疾患の増悪時、癌の終末期、急性疾患の回復期などでは医療区分1の場合がほとんどであるが、2あるいは3にしてほしい。 ②療養病床・老人保健施設に入院中でも専門性の高い場合、他院への外来診療を認めて欲しい。
94	医療も介護もマンパワーを必要とする現場なので、雇用が十分できるよう診療報酬・介護報酬を同時に引き上げする改定を望みます。
95	認知症へのケアについては難渋するケースが多く、医療保険でも算定できるよう要望する。医療区分を判定する際、複数の項目で2や3にあてはまる場合がある。加算性をとるなどの配慮が望まれる。パーキンソン関連疾患など後発品がなく、高価な新薬を投与する必要がある疾患については包括算定ではなく出来高払いにしてもらいたい。
96	長期的に医療に取り込める方向性が見出せるような改定を望む。
97	①介護療養型病床の存続を ②療養病床の区分Ⅰの点数を経営持続可能な数値に改正して欲しい
98	診療報酬の引き下げだけはやめて頂きたい。
99	急性期、慢性期、在宅間のスムーズな連携を評価するような改定を望む
100	①地域住民の要望に沿う地域医療機関の連携の評価 ②重症度の高い患者を迅速に受け入れた場合の評価、地域としての医療の充実度を評価することが大切と考える
101	①介護保険施設に入っている間の、医療保険での診療報酬が認められることが必要。医療行為の診療報酬がまるめられることにより、医療レベルが相当落ち込んでいる実態がある。 ②急性期から療養病床へ早期に受け入れた場合の加算を認めること。 ③療養病床で行う医療処置、投薬についてある程度出来高で認められないと亜急性期の受け入れが充分できない(設備、医療機器の設置の為に)。 ④医療療養病床における医療区分で循環器系の重症者を高く評価する必要あり。
102	平成 22 年診療報酬後に考えます。
103	現在、診療報酬・介護報酬に反映する正当な評価がなされていない。誠実に努力している施設にはできるだけ適正な評価をしていただける改定を望む。
104	医療と介護保険制度の機能分担の明確化と整合性を計る。経営が成り立っていく様な診療報酬改定
105	介護療養病床の存続！
106	利用者が求めるサービスを最初に規定し、そのコストを反映する報酬にする。

107	慢性期医療(療養病床)は急性期、一般病棟からの受け皿とし、又、在宅復帰を目標とし入院治療を行う中でより高度な治療(処置)、投薬が必要となってきた。医療区分による包括によりほとんどの処置、投薬が包括の中で括られているが現状では大きなマイナスとなりつつある。慢性期であっても費用のかかる高度な処置等については、出来高とするもしくは医療度が高いと病院が判断したものはある程度の基準を設け病院が決定できる様にしてほしい。又、看護配置基準による2割以上2割未満の基準の見直しももう少し緩和してほしい。
108	利用者の求めるサービスに対するコストを報酬に反映すること。
109	救急医療に従事する医師、看護師、コメディカルについて、職場環境が改善できる十分な技術料部分での評価と介護施設、医療療養病棟等の包括部分の見直しならびに、介護福祉士等の処遇が改善され、離職を出さない様に、十分な介護報酬のアップ。また患者・利用者等の自己負担部分の食費・居住費等の軽減を望む。
110	診療と介護報酬両方のプラス改定を望む。診療に関しては医療区分のさらなる評価、在院日数に応じた入院料の算定。介護に関しては、短時間デイケアを受け入れている施設に対しての報酬増を求める。
111	施設入所者の外来でのリハビリテーションの算定等を明確にするなど、医療保険と介護保険の給付調整等について、具体的に算定可否を判断できるようにしていただきたい。
112	基本的には全体に報酬を底上げして頂き、医療・福祉のサービス向上につながるようにして頂きたいが、何よりも加算などの一時的な対応ではなく、長期的な社会保障制度を構築しなおしてほしい。そして保険制度をもう少し単純にしてほしい。
113	医療の必要性が低い方で、介護保険でも要介護認定がとれないため、施設入所も出来ず、経済的理由により有料老人ホームの入所等も難しい。このように社会的理由により入院を余儀なくされる患者も多数おられます。そのため低いランクの療養病棟入院基本料の見直しを希望。あまりにも低い点数が設定されている為。

#### (4) フィリピン人看護師・介護福祉士の受け入れについて

2009(平成21)年度から日本とインドネシアの経済連携協定(EPA)に基づき、フィリピン人の看護師・介護福祉士の受け入れが開始されたが、どのように考えているかについて、自由記載は以下の通りである。

表Ⅲ-13. フィリピン人看護師・介護福祉士の受け入れについて(自由記載)

No.	回答
1	日本語は難しいという感じ。
2	応募があれば、受け入れる。
3	採用の予定はない。

4	人手不足と安い人件費の 1/3 には効果があると思います。 国として介護、医療がどうあるべきか決める必要があると思います。
5	当面その必要性がない。
6	不必要
7	当院は中小病院ですので外国人は言葉問題もあります。そのような人の教育に関わる人がいけませんので受け入れは難しいと考えます。
8	現在は念頭にない。
9	期待はしていない。
10	訓練されていれば、フィリピン人看護師、介護福祉士でもかまわないと考えますが、今のところ予定はありません。
11	患者利用者及びその家族の反応次第
12	言葉の問題が大きくて、今のようにカルテ・書類への記載が多くては、働けても業務をこなせない。
13	良いことであると思う。うまく使えば、日本の若者よりも素直でまじめである。ただし言葉は練習によって割と話せるようになるが、文字と資格は頂けない。(というよりむしろ無理。) 有資格者とそうでない者の仕事を分けるなどして、考えるべきだと思う。
14	考えていない。
15	当院では高齢患者が多く特に、言葉の問題等にて介護間での困難が想定されるので、当面は他施設の状況等を考慮しながら今後の対応を考えていきたい。
16	特に考えておりません
17	現在のスキームでは、受け入れ前から日本語研修費や斡旋手数料などで 1 人につき 60 万円近い出費が必要となる。また、受け入れても 3 年後に「介護福祉士」の国家試験に合格できなければ強制帰国となるため、費用対効果を考えると希望しづらい制度となっている。 来日前に現地で日本語研修を施し、一定の語学レベルの人材だけを受け入れるようにすれば、採用を希望する施設も増加すると考える。
18	2009 年度 4 名受け入れます
19	国が行う外向けのスタンドプレーにしか見られない。まったく実行性に欠けている。無駄である。
20	当施設でも今年 1 月からインドネシアより数名の受け入れを行う。本人たちが国家試験に合格できるよう病院全体でバックアップしていきたい。また、彼らの受け入れたことで病院職員の意識が向上することを期待する。
21	取り入れは考えていない。
22	将来的には必要になってくるかもしれないが、今のところ考えていない。
23	文化の違いは、困難だと思います。

24	十分考慮するに値すると思います。
25	受け入れ不可
26	言葉遣い告知に無理。 自国内で供給すべき、数合わせは良くない。
27	現在、介護福祉士候補は EPA 外で受け入れを行っている。進めるべきものと考えます。
28	現状では難しい。
29	可能であれば積極的に受け入れたい。
30	説明会には参加したが、実現させるにはハードルが高いので断念した。
31	フィリピン看護師 2 名を受け入れているが、日本の国試を日本に来る前に受けるべき
32	検討中
33	いたしかたない方向かもしれないが、地域の風土、慣習、在住している高齢者の状況を考えると、慢性期医療あるいは介護には出来れば日本人で対応出来る方が望ましいと考える。
34	現在 2 名のフィリピン人看護師を受け入れ、研修中。もう少し経過をみて、今後も受け入れを継続するかどうか決める予定。
35	外国人看護師や介護福祉士の方の受け入れはよいと思いますが、ただでさえ、時間におわれている職種で、記録や書類作成が必要な中果たして時間内に終われるのか問題です。
36	将来的には興味があります。
37	外国人の受験資格、合格基準を当該国の経験資格等を勘案し、緩和すべき。
38	基本は日本人を雇用したいと考えている
39	言葉や生活習慣が違う人々を受け入れるには管理・監督に自信がない。
40	今のところ受入の体制はなし
41	そこまで不足していない。
42	今後具体的に検討する時期がくるのではなかろうか。現時点では、潜在看護師などの把握、医師会、看護協会と協力して掘りおこしていくことが必要である。
43	必要ないと考える。(又、介護職員だけの賃金アップの政策では、給与体系がバラバラになる。)←上記質問以外の件で。不況で職のない人が、たくさんいる現状で日本人を雇用することを前提にすべきである。
44	受け入れる団体、言葉の教育体制がない。外国人を受け入れるよりも、日本人の若者が介護職を敬遠する様子。報酬体制にするべき。
45	現在の所では検討していない。
46	不要
47	文化の違いなど、大きな障害がある。特に、高齢者には受け入れにくいのではないかと。当法人では受け入れない。

48	実現性に乏しい
49	患者様がどの様に思われるかの視点で考えると、同じ医療圏の医療機関の動向を見て、それに歩調を合わせていくのがよいのではないか
50	可能な限り、受け入れを検討したい。
51	1～2年で現場での第一線での活動は困難であると思われる。日本の医療の細部迄監視される体制では10年は教育が必要と思われる。よって受け入れは現時点では考えていない。
52	法人負担と外国人労働者の規制の改善
53	受け入れは考えていない。負担が大きすぎる。ただでさえ、日本人職員に対する問題を感じているところに外国人の指導を行う余力はありません。
54	受け入れる予定はありません。
55	少数4～5名なら受け入れ可能だろうが、文化・言語の違いによる問題が残る。入院されている患者様もあまり喜ばないと考える。(急変時に文化や言語の問題から望ましい対応が取れない懸念)
56	受け入れ体制がない。
57	積極的ではないが可能ならば受け入れは可
58	受け入れは考えたい。
59	当方では中国看護師の受入れに努力しており、今年2月の看護師国家試験には約10名受験する予定。(漢字のわかる中国人を採用すべき。)
60	労働人員に算定されないので、お荷物になっている。言語疎通困難・生活様式の相違に両国民の間の理解が得られていないので受け入れ困難。
61	日本の恥
62	今後採用を考えてゆく。人材不足を考えると一つの方法だと思う。
63	インドネシアからの看護師を2名受け入れている
64	現時点では受け入れは困難で馴染まない。
65	前向きに対応。少子高齢化社会においては看護・介護力が不足する。それを補う為にも、外国人の労働力が必要となる。
66	言葉の問題で当院では無理と思う。
67	良い事だとは思いますが、当施設の様子、明治・大正・昭和初期の方々にとって、日本特有の習慣・感情表現等の言葉で表せないギャップに不安が残ります。
68	外国人看護師、介護士の受け入れの上で、日本における資格取得に至るまで長い時間と病院におけるサポート体制が必要となる。一方、病院経営状況が厳しくなる中で、大規模病院以外では人的、経済的余裕が無い為、受け入れ体制を整える事が出来ない。
69	生活習慣・言葉等、実戦力とするには指導スタッフが必要では、重症者などの増加療養病院での受け入れは厳しい。

70	受け入れの方向で検討していきたい
71	積極的に取り入れたい。
72	現時点では受け入れの予定なし
73	当院でも2人、フィリピン人のヘルパーが働いているが、いずれも日本人と結婚し、子供もおり、10数年日本で生活している。ですから、日常会話は勿論、日本の生活にも慣れてるので、助かっていますが、いきなりではとても患者さんの気持ちや意向などつかむのはむずかしいと思う。
74	日本語の習得に対する十分な時間と教育費用の援助が必要と考えられます。
75	当院は外国人習練施設です。
76	特別な考えなし
77	The Philipina have any pull to Indonesia?
78	検討した結果、フィリピン人の看護師の受け入れを積極的に行っていきたい。
79	地域的には困難と思われるが、前向きに検討したい。
80	受け入れは公から民へ
81	悪いこととは思わず前向きな姿勢と評価するが、現場での諸事情を考慮して導入には消極的である。
82	看護記録・介護記録の重要性が位置づけられる医療現場において、言葉及びコミュニケーションがクリアできてもその受け入れ体制の整備にまだ時間を要す。
83	現行では受け入れは考えていない。
84	現在は日本人の人材の確保ができていますのですぐには考えていません。
85	現在のところ受け入れは考えていない。
86	受け入れ自体は賛成である。但し、日本語が分からない事で看護師や介護福祉士の資格が取得出来ないとすれば、そうは増えないと推測され、国が本当に他国の看護師等を入れたいと考えているなら、何らかの手を打たなければ掛け声だけで終わってしまうと思われる。
87	現在のところ人材は充足している。望むこととしては診療、介護報酬のアップを図ったうえで職員に対する給料UPをしたい。そのうえで将来人材の充足が満たされないのであれば海外からの看護師、介護福祉士の受け入れはやむをえないが、受け入れ前提として日本語の習得、文化に対する理解を十分にできていないと長期的視点にたって考えるとよい取り組みにならないのではと考えます。
88	利用する意思は今のところない
89	現在外国人スタッフの登用は念頭にない。
90	受け入れを考えていない。
91	今のところ考えていない。
92	語学力の問題、国民性等により、やはり、まだ不安がある。(利用者及びその家族に受け

	入れてもらえるか？という視点で)
93	未だに江戸幕府の鎖国政策を行っている印象にある。現在の世の中はグローバルな時代にあり、他国の資源を有効活用し国益を図る協同、対等の関係であるはず。日本の医師、看護等の国家資格が国際免許化されていない。また外国の資格を受け入れていない以上、日本の医療・介護のビジネスチャンス、市場開拓は無く鎖国状態が続く、この中インドネシア、フィリピンの看護師、介護福祉士を常態的に受け入れ出来ない環境を造っている政策の中では、受け入れ側のリスクが高く無理である。 イギリス訪問の際、フィリピンのPTが米国で就労後、イギリスで介護施設(中間ケア)の管理者として、活躍されている姿を目のあたりにすると、日本の政策転換がまず最初に行うことが必要であり、その次の段階で民間力を利用しないとうまくいかないと思う。
94	今のところ受け入れを考えていない。
95	現在グループにおいて病院で2名、施設で4名のインドネシアの方をEPAに基づき受け入れております。わが国の将来の人口減少問題を考えた場合、このEPAを軸に継続的に受け入れていくことを考えております。しかし、プログラム(教育支援体制等)を変えていく必要はあると思います。せつかくに外国の優秀な人材受け入れたのですから国家試験を基準に帰国させるのはどうでしょうか。まだ教育体制が充分とは言えない状況ではもう少しハードルを下げる必要があると考えております。
96	単なる人手不足のための派遣労働者としての受け入れはすべきではないと思います。
97	本気で進めるつもりなのか、建前なのか？後者の場合、それに乗るのは時間の無駄になりかねない。(コンプラとどのような関連が・・・？)
98	特になし
99	今の所受け入れる考えはなし。ただし否定するものでもない。
100	即戦力で現場に配置可能で有れば、中小医療機関でも大歓迎だと思いますが、保険制度に於ける看護要員の人員配置基準の緩和を先に検討頂きたい。
101	一番の問題は言語(会話)の問題とその国の基本的教育レベルが低いのは使用できない。例えライセンスを持っていても価値は薄い。
102	2名の看護師候補生を受け入れているが、日本語を話すレベルの教育はよいが、漢字と専門用語の教育に困っている。今後の人手不足を考えると漢字圏からの候補生が必要ではないか
103	もっと入国・就業の壁を低くするべき。他国との競争力を上げなくてはいけない。外人の導入に賛成である。
104	良いことだと思いますが、現在の日本の経済状況下で、労働者の介護離れ等、現場の環境は良いとは言えません。処置改善策等が実施されておりますが、日本人が働き易い職場作りをしていかなければフィリピン人の希望者も減り、受け入れ自体がなくなっていくのではないのでしょうか。受け入れしやすい現場の整備を期待します。
105	現時点では受け入れについては予定はありません



106	特になし。
107	日本人と同等の対応
108	日本語能力及び資格取得に関する不安要素がぬぐいきれていない。今のところ積極導入は考えていない。
109	現在は、介護でもナース、ドクターレベルの人々が来日されていますが、今後どうなるのかまた、インドネシアでは介護という考え方がなくまた、言葉についてもインドネシアとフィリピンでは対応が異なることが求められている様子。
110	今のところ採用の考えはない
111	受け入れたい気持ちはあるが、今現在は費用や効果の面で不安が多い。
112	当院では3人の看護師の受け入れを開始している。国家試験合格に向けて教育指導を行っているが、受け入れ各施設だけではなく、長期的な国の教育サポートの回数を増加させてほしい。
113	①日本人で失業している人をもっと教育すべきです。 ②英語を第二公用語として定着させて、日本人が英語の試験を受けられるくらいにならないと鎖国していると同じです。 ③上記がクリアできれば、EPAもOKです。ただし人件費は下げないと問題です。日本人より教育養成のための原価がかかるので給与から差し引くとよいと思います。
114	2010年1月より2名のインドネシア人看護師候補者の受け入れを行っている。
115	現在特に考えていません。
116	赤字経営で現状では、受け入れる余力の財源が無い。
117	特に考えてはいない。
118	将来の外国人雇用に備え、非国人介護士を受け入れている。受け入れコストの支援又は法定勤務数としてカウントが出来るようになれば有難い。
119	日本語の修得が高いハードルになっている模様なので、国で一定期間の日本語研修を行うべきではないか。外国人看護師・介護福祉士の国内受け入れは認めてよいと考える。
120	外国人(フィリピン人)だからとの見方でなく、会話力、看護力、介護福祉士力が当院で通用するのに必要にして十分かどうか個別に判断して受け入れの可否をしたい。
121	現在フィリピン人看護師2名受け入れを行っているが、語学教育等を含め、年限制限を緩和すべきと考える。EPAについては推進に賛同している。
122	今後も積極的に推進するべきである。
123	受入をした以上きちんと日本で業務が出来る様サポートをすべきと考える(特別出来の悪い者は除く)。日本の今までのルールのみで判定するとむしろ摩擦が発生して国際交流もやぶへびになると思われる。
124	受け入れの条件が厳しく受け入れの人数が少ない(困難)。地方の病院も受け入れが出来る程度の国及び自治体からの施策を講じて欲しい。

125	言葉・文化の違いという壁がやはり大きいと思われる。これらの面での十分なサポート体制がつかれないと、受け入れも成功しないと思います。どの施設もマンパワーの余裕が無く、目先の単に労働力として考えるならうまくいかないと考えます。
126	現時点では教育にかかる人手の方が重くて、それよりも日本人のスタッフを探す方が楽。そのうちに人手不足が深刻化するなら検討する。
127	①賛否両論あるので何とも言えない。 ②言葉・文化の壁があり、別の意味で負担がかかり、介護・看護サービスにつながるのに時間がかかるのではと感じます。
128	当院でも1月からインドネシア人看護師4名の受け入れを行う。本人達の試験合格に向け、病院全体で支援していくと同時に、受け入れる我々も職員の意識の向上などにつながっていけばと考えている。
129	しっかりとした教育システムが必要になると思われ、何年かかけて育成が必要と考えます。
130	①試験までの滞在期間が短い。 ②試験では英語も併記すべき。
131	本年1月18日より当院でもインドネシア人看護師候補生を3名受け入れ開始した。異国から高い向上心をもってこられたことにより、当院の職員にも良い刺激となり、業務及び学問における向上心が高まっている。国際交流を深め、医療・福祉のサービス内容の向上に役立てたい。
132	個別には適応できる人材もあると思われるが、全体のシステムとして捉えると文化の違い等が双方の負担となり、促進は困難と考える。日本国民においての育成を強化してほしい。
133	当院は、精神病・認知症の患者が多い為、対応が難しいが、可能な限り受け入れたい。
134	当院で2名受けています。国家試験をもっと通りやすくしてあげてください。
135	当院では4名の看護師受入れを実施しており、他の医療機関、福祉施設も積極的に受入れに協力すべきと考える。ただし、受入れ側の経済的負担を軽減する措置がもう少し必要と思う。
136	看護師については慢性的に不足している為、優秀な人材であれば獲得したいと考える。
137	特に検討していない。
138	すでに法人内の通所リハビリテーションで介護員として就労者がいるので、看護師、介護福祉士等、言葉の弊害がなく、就労支援対応ができれば、受入れを考え余地はあると思っている。
139	EPAに賛同しており、今後も機会があれば積極的に受け入れていく予定。
140	今日の日本自体の雇用環境をもっとよくなる方が先ではないか。

141	都市ではとくに介護者の不正はあまりないが、特に外国籍の人を受け入れないことは考えていないが、国内の雇用も十分ではない状況の中で海外の人の受け入れをしていくことに抵抗を感じる。
142	受け入れ時期の問題で介護福祉士の受験が1回しか出来ない状態なので、せめて2回受験出来る様な時期の受け入れ体制に変更したり、受験も日本語のみの受験は厳しいと思われる。

(5) 療養病床削減について

政権交代で政府は「療養病床の削減は行わない」方向で検討されている現状であるが、どのように考えるかについて、自由記載は以下の通りである。

表Ⅲ-14. 療養病床削減について(自由記載)

No.	回答
1	自己努力
2	行政担当者は施設現場を体験してほしい。
3	医療と介護は人間の体では区別できないもの。急性医療の彼方支援に介護療養病床の存在が役立っている。老健では医療依存度が低すぎて役に立たない。
4	自民党の政策はあまりにもバカげていた。民主党はマニフェストで発表しているが、昨今の公約やぶりからすると、よくわからない。はっきり明言している政治家はいない。(雑誌で見るばかり)工事も始まっているし、どちらも対応できる。
5	政権交代で削減は行わないと言われているが、また政権が戻ればどうなるかわからないので、非常に不安に思われる。
6	療養病床は、急性期病床の何倍か必要。在宅に戻れる者は戻っているので、現在療養病床にいる者を出す受け皿は結局療養病床である。
7	認知症の医療・ケアの大変なことをもっと理解して診療報酬を上げてもらいたい。
8	医療療養病床の運営のためには急性期のノウハウが必要。したがって急性期病床をかかえているところしか経営できない。医療療養は急性期病床とケアミックスがよいと思う。
9	地域ごとの病床数の定数をはっきり示して、その病床数の確保は必要。(特徴、老健、ケアハウス等の定数を必要であるが、20年位から入所者数は減少することも考慮)
10	将来の人口動態にそぐった地域別の計画が必要である
11	慢性期医療の提供があるから急性期は安心して患者の受け入れが出来る。最初が長期の入院患者は受け入れない。
12	今後療養病床は全国で50万程度必要となると考える(老人人口の増加。急性期医療の方向)
13	必要な療養病床は残さないと、医療崩壊。

14	医療療養病床のみでは、アップコーディングにより、昔の老人病院時代に戻る。
15	介護難民等の増加
16	介護・療養の把握。評価結果を公表し、国民的議論を行う必要あり
17	介護療養病床の廃止は、老健施設や特養の整備を先行させつつ進めるべきです
18	質の高い介護施設を維持するには、医師・看護師の定数配置が必要と考えます。そのために介護療養病床は必須と考えます。
19	高齢者人口が増大する中その医療・看護・介護を必要とし提供する役割を負う療養病床削減については、その現状を理解していない事務方の発想であり医療費削減のみが重要視され人の尊重が忘れられている。
20	人員が必要なものは、現在以上に加算による点数を多く取り入れるべき。
21	介護療養・医療療養両方の存続が最良
22	急性期医療→亜急性期→回復期→療養期→介護(福祉)という機能分化において必要不可欠
23	現在利用されている方が継続できるように検討すべき。利用者の意見を集計し反映させる。
24	療養病床として継続経営ができる環境(診療報酬)は維持して頂きたい。その中で競合に負けて倒産するのは経営責任としてやむなしと考えるが、そもそも経営できないような環境に持っていられるような方向にあると思っています。
25	大病院はDPCにて短期入院。それを受皿として取り入れ、更に、養老施設へ送るという図式が連携パス構築している。在宅には中々いかない。
26	高齢者・障害者の安心となる保証する施策を望む
27	医療区分の見直しをして良質の医療と介護評価される報酬が必要と考えます
28	他施設への転換支援は、右記の条件で継続→条件①転換には期限を設けない②市・町の介護整備計画に拘束されずに転換できる③転換交付金は廃止する
29	急性期病床の平均入院期間がさらに短縮されると療養病床の増床が必要になる。今後の我が国の医療をまじめに考えれば削減は不可能と思います。
30	慢性期病床を設ける
31	地域の病院の機能を維持させる為に、地域毎にその現状に合わせた病床の再編は必要。
32	可能な場合は老人保健施設の移れるような療養内容にすべきで、いわゆる社会的に入院は極力減らすべきだが、在宅でも老健も無理なケースはあり、特養のみがその受け入れ施設という体制は不十分。
33	今の介護療養病床の制度は優れている。それを逆に
34	療養病床の機能は絶対必要であると考えますが、逆に言えば、その機能を果たしていないところについては、転換もやむをえないと考えないと考える。