

2. 2. 今回の調査対象患者の概要

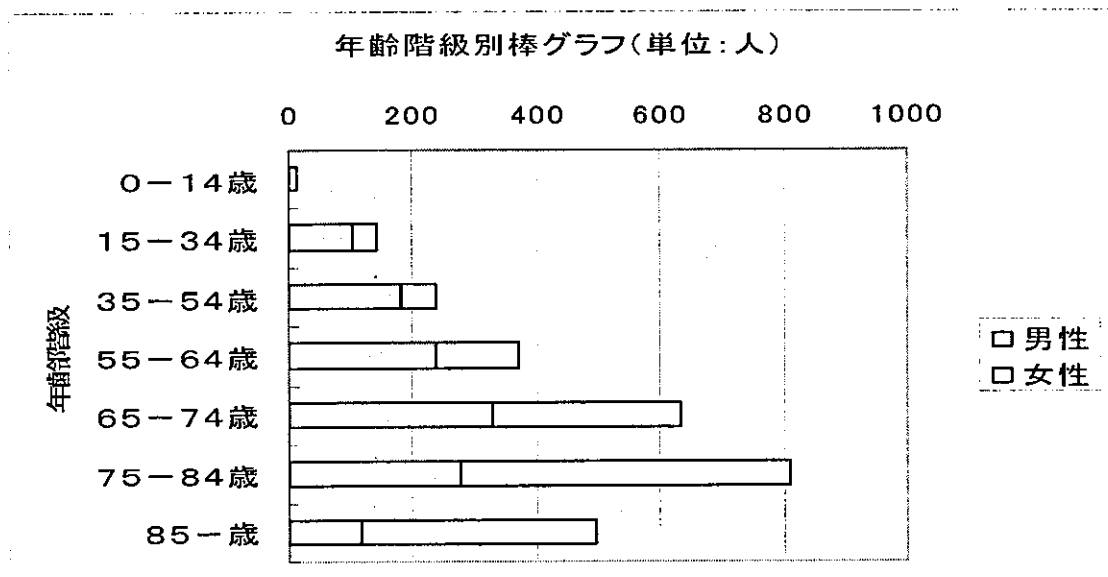
i) 年齢・性別

以下の(図表 2-2-1)に、今回の調査対象患者の年齢階級・性別分布を示す。男性は65-74歳の患者が最も多く、女性は75-84歳にピークが見られた。65歳未満の患者が、760名(28%)を占めている。

図表 2-2-1) 今回の調査対象患者の年齢階級・性別分布

	0-14歳	15-34歳	35-54歳	55-64歳	65-74歳	75-84歳	85-歳	合計
男性	11	105	181	235	326	275	118	1251
女性	0	37	56	135	307	536	379	1450
合計	11	142	237	370	633	811	497	2701

(未記入 19件)



ii) 患者の自宅までの遠近(医療圏レベルでの比較)

以下の(図表 2-2-2)に、今回の調査対象患者の自宅までの遠近(医療圏レベルでの比較)を示す。県外も含め二次医療圏の外から440人(16.2%)が入院している。

図表 2-2-2) 今回の調査対象患者の自宅までの遠近(医療圏レベルでの比較)

	人数	%
記入無し	11	0.4%
同一の区市町村内	1687	62.0%
別の区市町村だが同一の二次医療圏内	565	20.8%
同一の都道府県だが二次医療圏外	336	12.4%
別の都道府県	104	3.8%
不明	17	0.6%
合計	2720	100.0%

## 2. 3. 入院・退院の流れ

### i) どこから亜急性病床へ来たのか

以下の(図表 2-3-1)に、今回の調査対象患者がどこから亜急性病床へ来たのかを示す。まず特筆すべきは、「自院の一般病床からの転床患者」が 94.4%を占めていることである。亜急性病床へ入院した患者の多くは、まずその病院の一般病床にまず入院し、主要な検査や処置が終了した後、状態がある程度落ちついてから亜急性病床に転床していることがわられる。

図表 2-3-1) どこから亜急性病床へ来たのか

	人数	全体%	入院前の居場所	人数	個別%
直接亜急性 病床に入院	142	5.2%	自宅から	91	3.3%
			他医療施設から	34	1.3%
			介護保険施設から	15	0.6%
			その他	2	0.1%
			不明	0	0.0%
自院一般病床 から転床	2568	94.4%	自宅から	2001	73.6%
			他医療施設から	358	13.2%
			介護保険施設から	142	5.2%
			その他	60	2.2%
			不明	7	0.3%
不明	10	0.4%			
合計	2720	100.0%			

### ii) 亜急性病床からどこへ行くのか

以下の(図表 2-3-2)に、今回の調査対象患者の亜急性病床からどこへ行ったのかを示す。自宅復帰率(自宅+老健・特養+他医療以外の介護保険施設に移る比率)が 87.2%もいることは、特筆に値する。また一方、自院+他医療機関へ移る患者も 11%もいる。

図表 2-3-2) 亜急性病床の患者は、どこへ行くのか

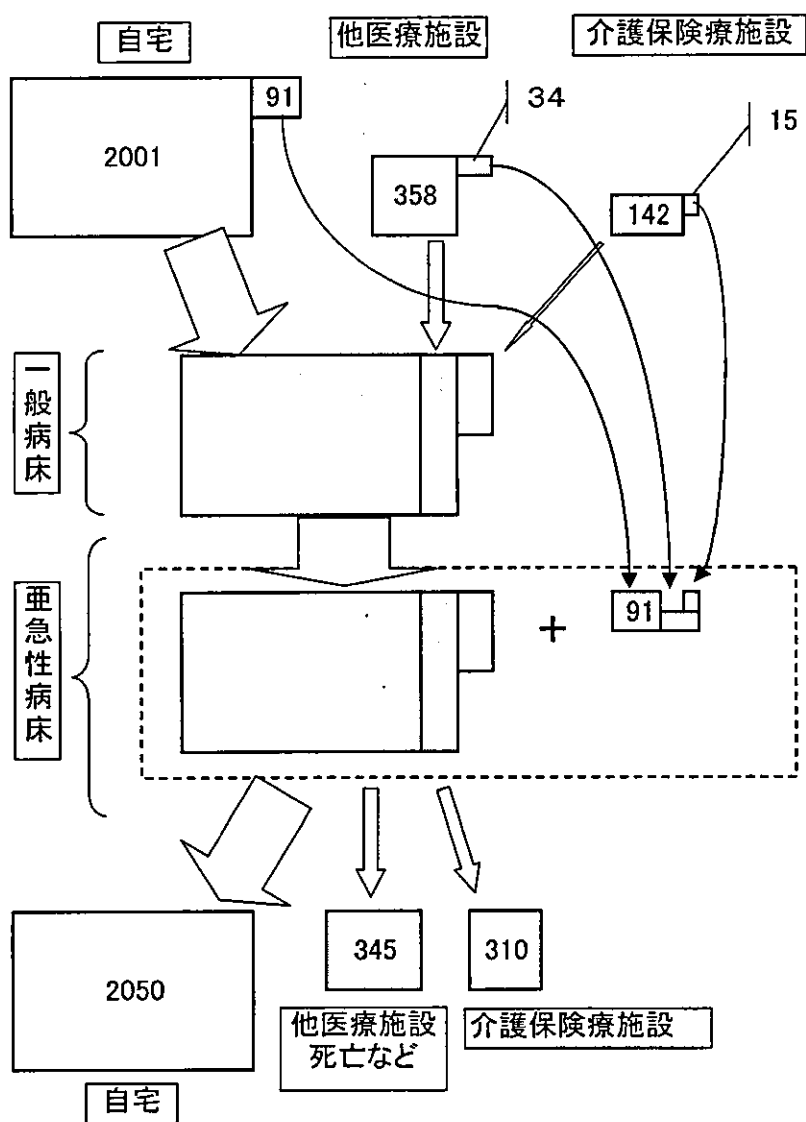
退院先	人数	%
自宅	2050	75.4%
老健・特養	289	10.6%
他医療以外	21	0.8%
小計	2360	86.8%
療養型医療	27	1.0%
自院	202	7.4%
他院	96	3.5%
死亡	14	0.5%
その他	6	0.2%
小計	345	12.7%
不明	15	0.6%
合計	2720	100.0%

iii) 患者の流れ図

以下(図表2-3-3)に、今回の調査対象患者がどこから亜急性病床に来て、亜急性病床からどこへ行ったのかという「患者の流れ図」を示す。この図は、

- (1) 亜急性病床に入院する患者の多くは、自宅からまずある病院の一般病床に入院し、その後亜急性病床に転床してくること
- (2) 自宅から入院してきた患者は自宅へ、医療施設から入院してきた患者は医療施設へ、介護保険施設から入院してきた患者は介護保険施設へ戻る傾向があることなどを示している。

図表 2-3-3) 亜急性病床における患者の入院・退院流れ図



## 2. 4. 疾患名とケースミックス分類から見た患者像

### i) 患者の疾患構成 (ICD 別ベスト 20)

以下の(図表 2-4-1)に、今回の調査対象患者の疾患構成 (ICD 別ベスト 20) を示す。トップ 20 で約 57% の症例をカバーし、特に骨折 (24%) と脳血管疾患 (16%) が多い。

図表 2-4-1) 患者の疾患構成 (ICD 別ベスト 20)

順位	主ICD10病名	度数	パーセント	
1	I63	脳梗塞	249	9.15%
2	S72	大腿骨骨折	247	9.08%
3	S32	腰椎および骨盤の骨折	148	5.44%
4	S82	下腿の骨折	121	4.45%
5	J18	肺炎、病原体不詳	79	2.90%
6	M17	膝関節症	76	2.79%
7	S22	肋骨、胸骨および腰椎骨折	67	2.46%
8	S42	肩および上腕の骨折	66	2.43%
9	I61	脳内出血	59	2.17%
10	M51	その他の椎間板障害	48	1.76%
10	I69	脳血管疾患の続発・後遺症	48	1.76%
11	M16	股関節症	47	1.73%
12	E11	インスリン非依存性糖尿病	44	1.62%
13	S83	膝の関節および靭帯の脱	41	1.51%
14	M48	その他の脊椎障害	41	1.51%
15	I50	心不全	33	1.21%
16	S92	足の骨折、足首を除く	30	1.10%
17	S52	前腕の骨折	30	1.10%
18	T14	部位不明の損傷	27	0.99%
19	I66	脳動脈の閉塞および狭窄、	27	0.99%

### ii) ケースミックス分類から見た患者像

次ページの(図表 2-4-2)に、今回の調査対象患者の入院時の状態像を示す、ケースミックス分類を示す。「1.1.集中的なりハビリを必要とする」患者は 1757 人(71.2%)と亜急性病床の入院患者の大半を占め、特に脳血管疾患と整形外科疾患のリハビリ目的で亜急性病床に入院している患者が多い。これらの患者の 1232 人 (70%) が発症 1 ヶ月以内、3 ヶ月以内が 362 人 (21%) であり、発症 3 ヶ月以内が 90% を超える。

また、(3)その他入院の中の、「①在宅復帰のための調整入院」314 名(12.7%)、「②自宅以外の次の入院・入所先があくまでの調整入院」79 名(3.2%)であり、この両方で入院患者の 15% を占めている。

一方、「2.1.地域からの高度先進医療は必要ない救急患者」や「2.2.病状不安定で繰り返し入院を要する患者」の受け入れは、亜急性病床患者の 1 割にも満たない(9.4%)であった。

図表 2-4-2) 今回の調査対象患者の入院時の状態像を示すケースミックス分類

	人数	%				
<b>(1)急性期病棟(一般病棟)からの患者の受け入れた患者であり</b>	1796	72.8%				
<b>1. 1集中的なリハビリを必要とする状態である</b>	1757	71.2%				
①脳血管疾患、脊髄損傷の発症後	403	16.3%				
②大腿骨頸部、下肢または骨盤等の骨折	445	18.0%				
③上肢、脊椎など②以外の骨折	260	10.5%				
④関節・脊椎等の手術後	314	12.7%				
⑤慢性関節リウマチ、各種神経筋疾患等の増悪	58	2.4%				
⑥心疾患・呼吸器疾患の急性期加療後	56	2.3%				
⑦開胸・開腹術後や肺炎等の治療により生じた廃用症候群等	81	3.3%				
⑧その他	140	5.7%				
①～⑧の発症後・術後などの期間						
	1. 1ヶ月以内	2. 3ヶ月以内	3. 半年未満	4. 半年以上、	5. 不明	合計
人数	1232	362	58	32	73	1757
%	70%	21%	3%	2%	4%	100%
<b>1. 2入院期間の関係で急性期病棟での継続的な入院は困難であるか、</b>	39	1.6%				
①癌の術後等、痛みのコントロールや抗癌剤の投与などを必要とする状態	5	0.2%				
②高齢者、慢性疾患患者等の大手術後(開胸手術等)	1	0.0%				
③呼吸管理や頻回の喀痰吸引を要する状態	15	0.6%				
④その他	18	0.7%				
<b>(2)地域・在宅療養・介護施設からの患者の受け入れた患者であり</b>	231	9.4%				
<b>2.1. 高度先進医療施設でなくとも対応可能な救急入院を要する一般患者</b>	153	6.2%				
①肺炎などの緊急入院	24	1.0%				
②小外科などの緊急手術のための入院	11	0.4%				
③骨折・外傷などの治療ための入院	44	1.8%				
④脳梗塞再発作	5	0.2%				
⑤慢性疾患の状態悪化や脱水	47	1.9%				
⑥その他(以下に状況を記載してください)	22	0.9%				
<b>2.2. 病状不安定や繰り返し入院を要する状態である</b>	78	3.2%				
①慢性呼吸器疾患や心疾患、慢性肝・胆・膵系疾患の増悪期	38	1.5%				
②コントロール不良な糖尿病	13	0.5%				
③インターフェロン治療中の肝炎	0	0.0%				
④人工呼吸器や投薬量の検討が必要な神経難病	0	0.0%				
⑤抗がん剤治療のための定期的な入院が必要な悪性腫瘍	1	0.0%				
⑥寛解と増悪を繰り返す血液疾患	0	0.0%				
⑦身体障害者(重度肢体不自由者)の病状増悪や合併症への対応	6	0.2%				
⑧その他(以下に状況を記載してください)	20	0.8%				
<b>(3)その他(集中的なリハビリや高密度医療の目的ではないが)</b>	440	17.8%				
①在宅復帰のための調整入院	314	12.7%				
②自宅以外の次の入院・入所先があくまでの調整入院	79	3.2%				
③その他	47	1.9%				

## 2. 5. 亜急性病床の転入時、退出時の患者の状態像（寝たきり度\*痴呆度）

### i) 転入時の患者の状態像（寝たきり度\*痴呆度）

以下の（図表 2-5-1）に、今回の調査対象患者の亜急性病床転入時の患者の状態像（寝たきり度\*痴呆度）を示す。上の表が、詳細な寝たきり度と痴呆度のクロス表である。下の表は、患者像を把握するため、寝たきり度の「JとA」、「BとC」、痴呆度の「IとII」「IIIとIV」をまとめたクロス表である。下のクロス表の％は、入院時に寝たきり度と痴呆度の両方の判定を行なわれた 2444 例を 100％として計算している。「痴呆はなく、不安定歩行（JとA）」の患者が 33％、「痴呆はなく、寝たきり（BとC）」が 22％を占め、認知障害のある患者は、30％であった。

また表の理解を助けるため、以下に、「障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準」を示し、次ページに「痴呆性老人の日常生活自立度判定基準(痴呆度)」を示す。

#### ◎障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準」

「ランク J（生活自立）」 J1：交通機関等を利用して外出する

J2：隣近所へなら 外出する

「ランク A（準寝たきり）」 A1：介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活

A2：外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活

「ランク B（寝たきり）」 B1：車イスに移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う

B2：介助により車イスに移乗する

「ランク C（寝たきり）」 C1：自力寝返りをうつ

C2：自力寝返りをうたない

図表 2-5-1) 亜急性病床転入時の患者の状態像（寝たきり度\*痴呆度）

		亜急性転入時寝たきり度										不明	合計	
		自立	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2				
亜急性 転入時 痴呆度	痴呆なし	339	246	178	213	181	269	165	65	44	10	1710	63%	
	I	3	22	19	22	44	46	77	21	11	6	271	10%	
	IIa	2	4	7	9	12	11	16	5	2	2	70	3%	
	IIb	2	2	8	8	20	19	31	14	7	1	112	4%	
	IIIa	0	0	1	5	6	30	47	21	19	0	129	5%	
	IIIb	0	0	0	2	3	5	24	7	17	1	59	2%	
	VI	0	2	2	0	3	7	27	19	42	0	102	4%	
	M	1	0	0	0	1	1	2	1	5	0	11	0%	
	不明	0	34	16	4	8	7	2	12	17	146	246	9%	
	合計	347	310	231	263	278	395	391	165	164	166	2710	100%	
		13%	11%	9%	10%	10%	15%	14%	6%	6%	6%	100%		

	移動自立	不安定歩行 (JとA)	寝たきり (BとC)	合計
痴呆なし	339 14%	818 33%	543 22%	1700 70%
軽度 (IとII)	7 0%	177 7%	260 11%	444 18%
重度 (IIIIVM)	1 0%	25 1%	274 11%	300 12%
合計	347 14%	1020 42%	1077 44%	2444 100%

ii) 退院・転出時の患者の状態像（寝たきり度\*痴呆度）

以下の（図表 2-5-2）に、今回の調査対象患者の亜急性病床退院転出時の患者の状態像（寝たきり度\*痴呆度）を示す。

また表の理解を助けるため、以下に、「障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準」を示し、次ページに「痴呆性老人の日常生活自立度判定基準(痴呆度)」を示す。

◎「痴呆性老人の日常生活自立度（痴呆度）判定基準」

「ランク I」何らかの痴呆を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にはほぼ自立している

「ランク II」日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる

IIa：家庭外で左記IIの状態がみられる

IIb：家庭内でも左記IIの状態がみられる

「ランク III」日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さがときどき見られ、介護を必要とする

IIIa：日中を中心として左記IIIの状態が見られる

IIIb：夜間を中心として左記IIIの状態が見られる

「ランク IV」日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介助を必要とする

「ランク M」著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする

図表 2-5-1) 亜急性病床退院・転出時の患者の状態像（寝たきり度\*痴呆度）

		亜急性退院時寝たきり度												不明	合計	
		自立	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2						
亜急性 退院時 痴呆度	痴呆なし	390	399	369	221	111	97	73	17	21	9	1707	63%			
	I	4	25	41	67	55	36	20	8	7	6	269	10%			
	IIa	3	4	10	20	10	11	5	4	2	2	71	3%			
	IIb	2	3	9	13	26	22	33	4	5	0	117	4%			
	IIIa	0	0	2	7	12	23	49	12	20	0	125	5%			
	IIIb	0	0	1	1	5	5	13	4	15	1	45	2%			
	IV	0	3	3	2	5	10	20	13	36	0	92	3%			
	M	1	0	0	1	1	2	1	1	5	0	12	0%			
	不明	0	3	1	1	1	1	1	1	7	256	272	10%			
合計	400	437	436	333	226	207	215	64	118	274	2710	100%				
		15%	16%	16%	12%	8%	8%	8%	2%	4%	10%	100%				

	移動自立	不安定歩行	寝たきり (BとC)	合計
痴呆なし	390 16%	1100 45%	208 9%	1698 70%
軽度 (IとII)	9 0%	283 12%	157 6%	449 19%
重度 (IIIIVM)	1 0%	43 2%	229 9%	273 11%
合計	400 17%	1426 59%	594 25%	2420 100%

## 2. 6. 転入時、退出時の患者の状態変化

### i) 転入時、退出時の寝たきり度の変化

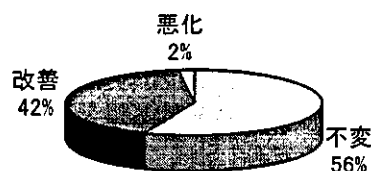
以下の(図表 2-6-1)に、今回の調査対象患者の亜急性病床転入時と転出時の患者の寝たきり度の変化を示す。上の表の対角線上の色の付いた部分は、転入時と転出時の寝たきり度のレベルが変化していない。この右上の領域は、例えば「転入時：自立→転出時：J1」など、レベルが低下したことを示す。逆に対角線の左下の領域は、「転入時：J1→転出時：自立」など、レベルが改善したことを示す。下の表とグラフは、転入時と転出時に寝たきり度の判定が行なわれた 2467 件に対して、対角線上(寝たきり度変化無し)を不変、対角線の左下(寝たきり度改善)を改善、対角線の右上(寝たきり度低下)を悪化としてカウントした患者数とその比率を示す。42%の患者が、亜急性病床に入院している間に、寝たきり度が改善している。逆に悪化している症例は、わずかに2%である。

図表 2-6-1) 亜急性病床(転入時\*転出時)の患者の「寝たきり度」の変化

		亜急性病床転出時寝たきり度										合計	
		自立	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2	不明		
亜急性 病床 転入時 寝たきり度	自立	341	2	0	0	0	0	1	0	1	2	347	13%
	J1	24	252	0	0	0	1	1	0	0	32	310	11%
	J2	10	61	138	5	1	0	0	0	0	16	231	9%
	A1	9	51	92	106	3	1	4	0	0	3	269	10%
	A2	5	24	62	66	111	3	4	0	0	9	284	10%
	B1	7	22	104	75	57	117	7	2	2	9	402	15%
	B2	1	12	26	69	50	70	151	1	2	9	391	14%
	C1	3	10	13	13	8	15	30	61	4	11	168	6%
	C2	0	3	1	6	2	6	19	5	114	13	169	6%
	不明	0	0	0	0	1	0	0	0	1	137	139	5%
合計		400	437	436	340	233	213	217	69	124	241	2710	100%
		15%	16%	16%	13%	9%	8%	8%	3%	5%	9%	100%	

不変	1391	56%
改善	1031	42%
悪化	45	2%
合計	2467	100%

亜急性病室入院前後寝たきり度比較





ii) 転入時、退出時の痴呆度の変化

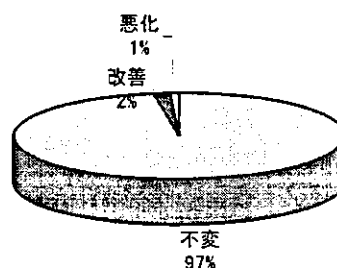
以下の(図表 2-6-2)に、今回の調査対象患者の亜急性病床転入時と転出時の患者の痴呆度の変化を示す。上の表の対角線上の色の付いた部分は、転入時と転出時の痴呆度のレベルが変化していない。この右上の領域は、例えば「転入時：痴呆なし→転出時：Ⅰ」など、レベルが低下したことを示す。逆に対角線の左下の領域は、「転入時：Ⅰ→転出時：痴呆なし」など、レベルが改善したことを示す。下の表とグラフは、転入時と転出時に寝たきり度の判定が行なわれた 2430 件に対して、対角線上(痴呆度変化無し)を不変、対角線の左下(痴呆度改善)を改善、対角線の右上(痴呆度低下)を悪化としてカウントした患者数とその比率を示す。97%の患者の痴呆度は不変であり、亜急性病床に入院している間に痴呆度が改善しているのはわずかに2%である。

図表 2-6-2) 亜急性病床(転入時\*転出時)の患者の「痴呆度」の変化

	亜急性病床転出時痴呆度									合計		
	痴呆がない	I	Ⅱa	Ⅱb	Ⅲa	Ⅲb	Ⅳ	M	不明			
痴呆なし	1701	1	2	0	0	0	0	0	0	6	1710	63%
I	6	259	1	0	0	0	1	0	0	3	270	10%
Ⅱa	0	5	61	1	2	0	0	0	0	0	69	3%
Ⅱb	0	1	3	103	4	0	0	0	0	1	112	4%
Ⅲa	0	0	3	6	106	3	2	0	0	5	125	5%
Ⅲb	0	0	1	3	5	41	3	0	0	4	57	2%
Ⅳ	0	0	0	3	5	1	86	0	0	2	97	4%
M	0	0	0	0	0	0	0	11	0	0	11	0%
不明	0	0	0	0	1	0	0	0	0	258	259	10%
合計	1707	266	71	116	123	45	92	11	279	2710	100%	
	63%	10%	3%	4%	5%	2%	3%	0%	10%	100%		

不変	2368	97%
改善	42	2%
悪化	20	1%
合計	2430	100%

亜急性病室入院前後認知障害度比較



## 2. 7. 亜急性病床の入院期間とリハビリ

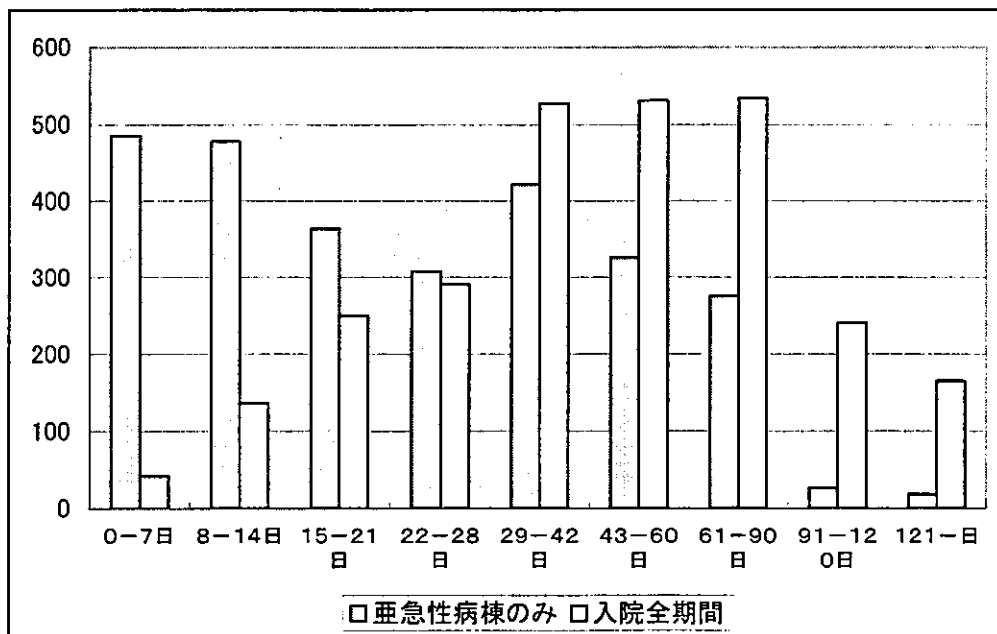
### i) 亜急性病床に入院した患者の亜急性病床と全入院の入院日数分布

以下の(図表 2-7-1)に、今回の調査対象患者の亜急性病床入院期間と全入院の入院日数分布を示す。表およびグラフには亜急性病床の平均入院期間(日数)と亜急性を含めたその病院の全入院期間(日数)の分布を示している。

亜急性病床の平均入院期間は、29.6日であるが、入院期間が1~2週間と5~6週間の2峰性の分布を示している。また亜急性病床に入院した患者の全入院期間の平均は56.1日であり、こちらは平均値あたりをピークとする正規分布に近い分布を示している。

図表 2-7-1) 調査対象患者の亜急性病床入院期間と全入院の入院日数の分布

		0-7 日	8-14 日	15-21 日	22-28 日	29-42 日	43-60 日	61-90 日	91-120 日	121 -日	欠損値	平均 日数
亜急性病 棟のみ	人数	486	478	364	308	423	326	276	27	19	13	29.6
	%	17.9%	17.6%	13.4%	11.3%	15.6%	12.0%	10.1%	1.0%	0.7%	0.5%	
入院全期 間	人数	42	136	250	291	527	531	534	241	165	3	56.1
	%	74.9%	242.4%	445.5%	518.6%	939.2%	946.3%	951.7%	429.5%	294.1%	5.3%	

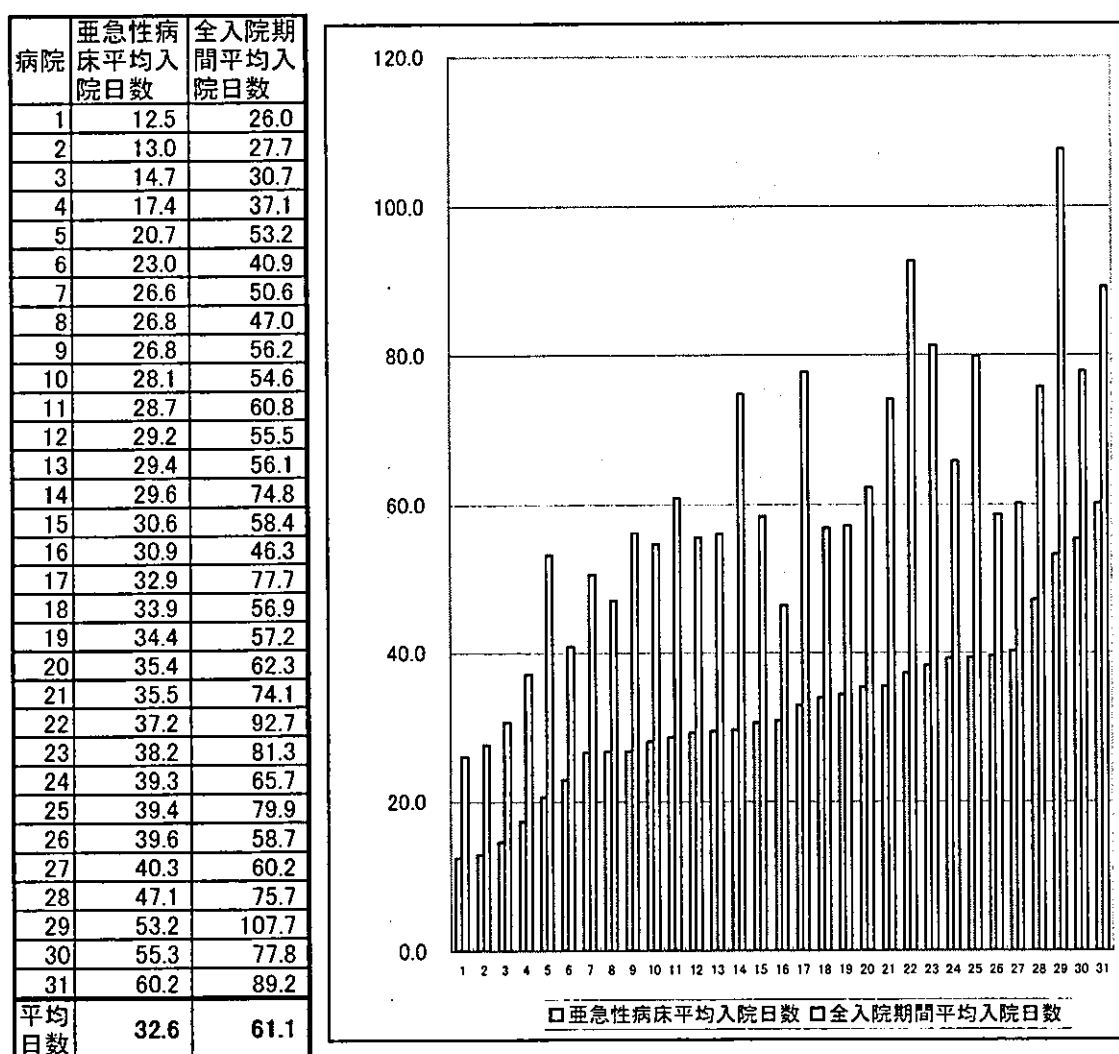


ii) 亜急性病床に入院した患者の病院別の亜急性病床と全入院の入院日数

以下の(図表2-7-2)に、今回の調査対象患者の病院別の亜急性病床入院期間と全入院の入院日数を示す。表およびグラフには各病院別の亜急性病床の平均入院期間(日数)と亜急性を含めたその病院の全入院期間(日数)を示している。また病院は、亜急性病床の平均入院期間の短いものから長いものへと並べてある。

亜急性病床の平均入院期間の最短は12.5日、最長は60.2日、平均32.6日であった。また亜急性病床に入院した患者の全入院期間の最短は26.0日、最長は107.7日、平均は61.1日であった。

図表2-7-2) 調査対象患者の病院別の亜急性病床入院期間と全入院の入院日数



iii) 亜急性病床に入院した患者のリハビリ実施・未実施

以下の(図表 2-7-3)に、今回の調査対象患者のリハビリ実施・未実施の状況を示す。亜急性病床に入院している患者の約8割に対して、リハビリテーションが実施されている。

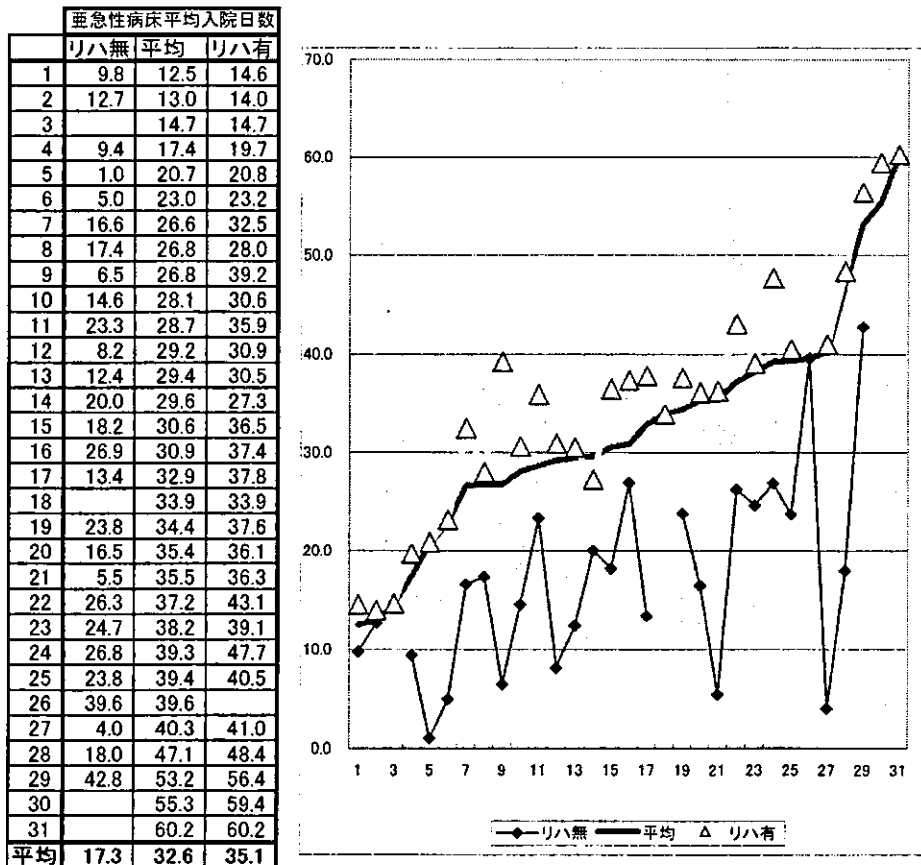
図表 2-7-3) 調査対象患者のリハビリ実施・未実施

		人数	%
リハビリ	あり	2130	78.6%
	なし	545	20.1%
欠損値		35	1.3%
合計		2710	100.0%

iv) リハビリ実施・未実施の亜急性病棟入院期間への影響

以下の(図表 2-7-4)に、今回の調査対象患者の病院別リハビリ実施・未実施別の亜急性病床に入院平均期間を示す。中央の太い実線が病院ごとの亜急性病床全体の平均入院日数、その上に位置する折れ線は、リハビリを実施した場合の平均入院日数、下に位置する折れ線はリハビリを実施しない場合の平均入院日数を示す。リハビリを実施すると亜急性病床に滞在する期間が長くなる傾向があることがわかる。

図表 2-7-4) 病院別リハビリ実施・未実施別・亜急性病床滞在平均日数



## 2. 8. ケースミックス別平均在院日数

### i) ケースミックス別全入院期間、亜急性入院期間、平均年齢

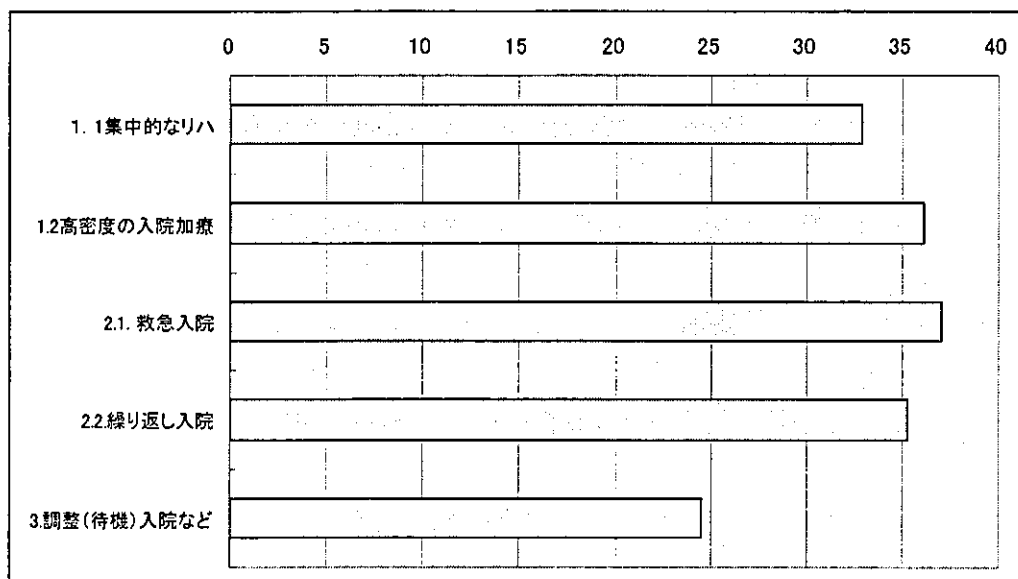
以下の（図表 2-8-1）に、今回の調査対象患者のケースミックス別患者数、全入院期間、亜急性入院期間、平均年齢を示す。また（図表 2-8-2）に、ケースミックス別亜急性入院期間をグラフ化した。

2.1.地域からの救急や 2.2.繰り返し入院より、1.1.リハビリ目的で入院してくる患者のほうが平均年齢が5歳以上若い。また、(3)調整(待機)入院などの患者の亜急性病床に入院している平均期間は24.6日であり、他のケースミックスより10日程度短い。

図表 2-8-1) ケースミックス別患者数、亜急性病床入院期間と全入院の入院日数

	人数	%	全入院期間	亜急性入院期間	平均年齢
(1)急性期病棟(一般病棟)からの患者の受け入れた患者であり	1796	72.8%	62.0	33.0	69.4
1.1.集中的なりハビリを必要とする状態である	1757	71.2%	61.7	32.9	69.2
1.2.入院期間の関係で急性期病棟での継続的な入院は困難であるが、高密度の入院加療を引き続き要する状態である	39	1.6%	68.0	36.1	73.4
(2)地域・在宅療養・介護施設からの患者の受け入れた患者であり	231	9.4%	63.4	36.3	75.7
2.1.高度先進医療施設でなくとも対応可能な救急入院を要する一般患者	153	6.2%	62.5	37.0	75.9
2.2.病状不安定や繰り返し入院を要する状態である	78	3.2%	64.7	35.3	75.5
(3)その他(集中的なりハビリや高密度医療の目的ではないが)入院加療を引き続き要する状態である	440	17.8%	49.7	24.6	73.2

図表 2-8-2) ケースミックス別亜急性病床入院期間



3. 亜急性病棟の評価（病院の管理者:理事長、院長などが記載）

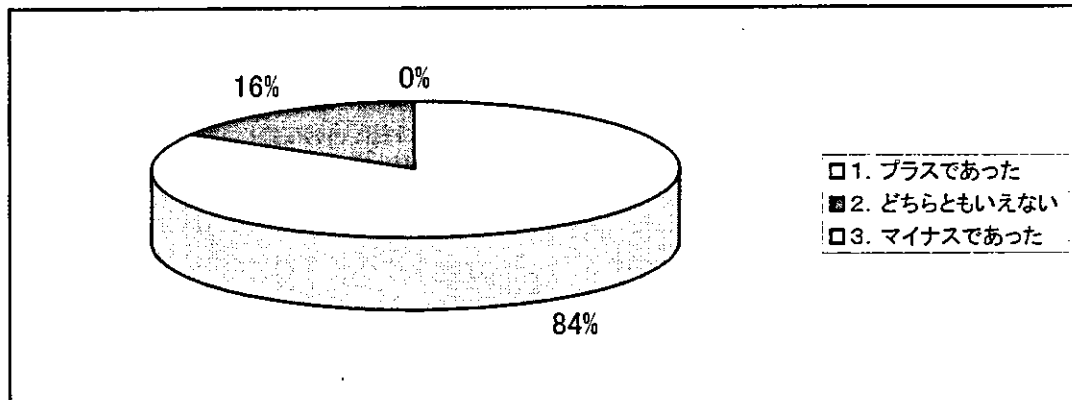
以下に、今回の調査時に病院の管理者（理事長、または院長）に対して行なった亜急性病棟の評価に関するアンケート結果を示す。

3. 1. 「問い1. 亜急性の病床を作られて、病院にとってプラスでしたか、マイナスでしたか」の集計

以下の（図表 3-1）に、「亜急性の病床を作られて、病院にとってプラスでしたか、マイナスでしたか」の集計結果を示す。84%の管理者が、亜急性病床の新設に対してプラスという評価を下し、マイナスであったという評価は、1件も無かった。

図表 3-1) ケースミックス別患者数、亜急性病床入院期間と全入院の入院日数

問1	件数	31病院別
亜急性の病床を作られて、病院にとってプラスかマイナスか？	31	100%
1. プラスであった	26	84%
2. どちらともいえない	5	16%
3. マイナスであった	0	0%



3. 2. 「問い2. 亜急性入院医療管理料の算定によるプラス効果（重複解答可）」の集計  
 以下の（図表3-2）に、「亜急性入院医療管理料の算定によるプラス効果（重複解答可）」  
 の集計結果を示す。

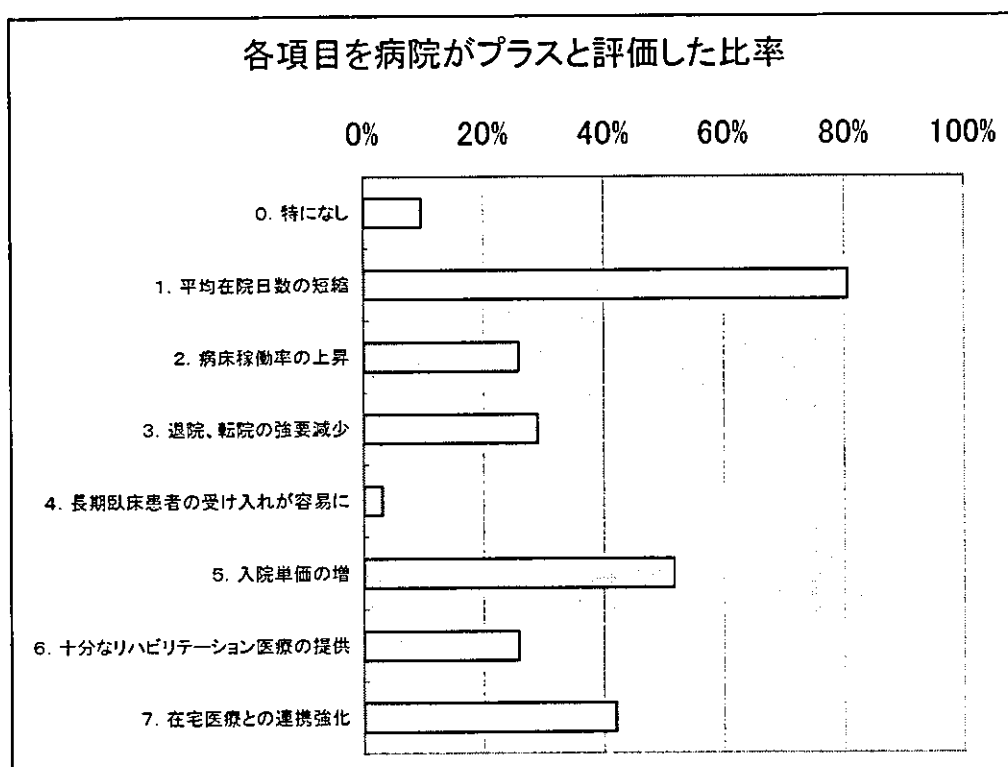
「1.平均在院日数の短縮」を評価した病院が81%、「5.入院単価の増」を評価した病  
 院が52%あった。病院のプラス評価項目をまとめると、管理者から見た場合の亜急性  
 病棟のプラスは、

- (1) 病院全体のベッドコントロールが容易になることが多い（項目1から4）
- (2) 入院単価が増える場合が多い（項目5）
- (3) 十分なりハビリテーションの提供が行ないやすくなる（項目6）
- (4) 在宅医療との連携強化を行ないやすくなる（項目7）

というふうにとまとめられる。

図表3-2) 亜急性入院医療管理料の算定によるプラス効果（重複解答可）の集計

問2	件数	83件別	31病院別
亜急性入院医療管理料の算定によるプラス効果(重複解答可)	83	100%	
0. 特になし	3	4%	10%
1. 平均在院日数の短縮	25	30%	81%
2. 病床稼働率の上昇	8	10%	26%
3. 退院、転院の強要減少	9	11%	29%
4. 長期臥床になりやすい患者の受け入れがしやすくなった。	1	1%	3%
5. 入院単価の増	16	19%	52%
6. 十分なりハビリテーション医療の提供	8	10%	26%
7. 在宅医療との連携強化	13	16%	42%



### 3. 3. 「問3 亜急性入院医療管理料の算定による問題点（マイナス面）」の集計

以下の（図表 3-3）に、「亜急性入院医療管理料の算定による問題点（重複解答可）」の集計結果を示す。なほこの項目も重複回答可の形式の問題であったが、31 病院全てが、特に問題なし、あるいは問題点を1つだけしてきたので、問題点の集計と病院数が一致した。

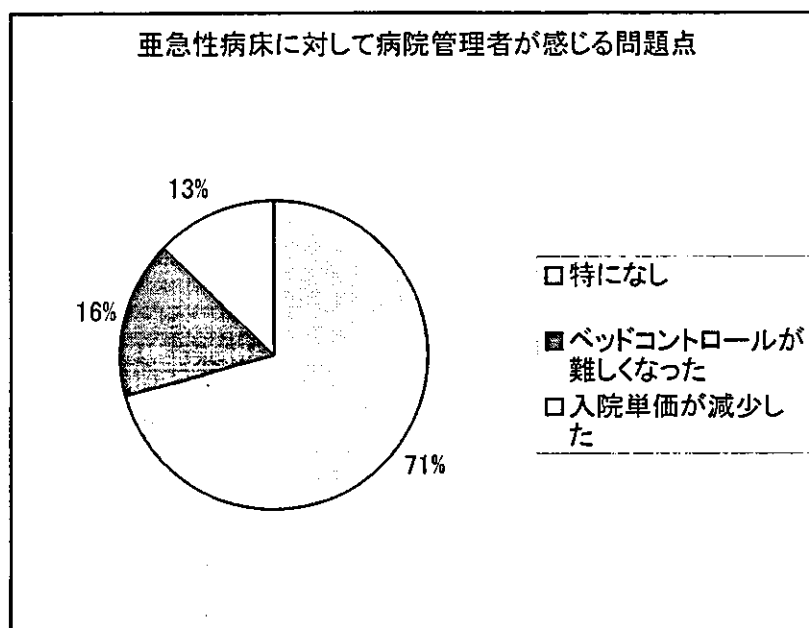
「0.特になし」と評価した病院が71%を占めた。一方、「6.入院単価の減」と評価した病院が10%あり、その理由として「7. 包括枠が広い」ので、出来高払いの範囲を広げて欲しいというコメントが1件寄せられた。また、項目1から5の項目が関連する「ベッドコントロール」が難しくなるというニュアンスの回答を行なった病院が5病院（16%）あった。問題点の項目をまとめると、管理者から見た場合の亜急性病棟のマイナスは、

- (1) 病院全体のベッドコントロールが難しくなることもある（項目1から5）
- (2) 入院単価が減少した（項目6、7）

というふうにとまとめられるだろう。

図表 3-3) 亜急性入院医療管理料の算定による問題点の集計

問3	件数	31件別	31病院別
亜急性入院医療管理料の算定による問題点(重複解答可)	31	100%	
0. 特になし	22	71%	71%
1. 病床稼働率の低下	1	3%	3%
2. 病床数が限られるため難しい	1	3%	3%
3. ベッドコントロール担当者の負担増	1	3%	3%
4. 急性期のベッドとしては利用できない	1	3%	3%
5. 患者への説明が難し	1	3%	3%
6. 入院単価の減	3	10%	10%
7. 包括枠が広い	1	3%	3%





3. 4. 「問4 今後の亜急性入院医療制度に必要と考えられるもの（重複解答可）」の集計以下の（図表 3-3）に、「今後の亜急性入院医療制度に必要と考えられるもの（重複解答可）」の集計結果を示す。

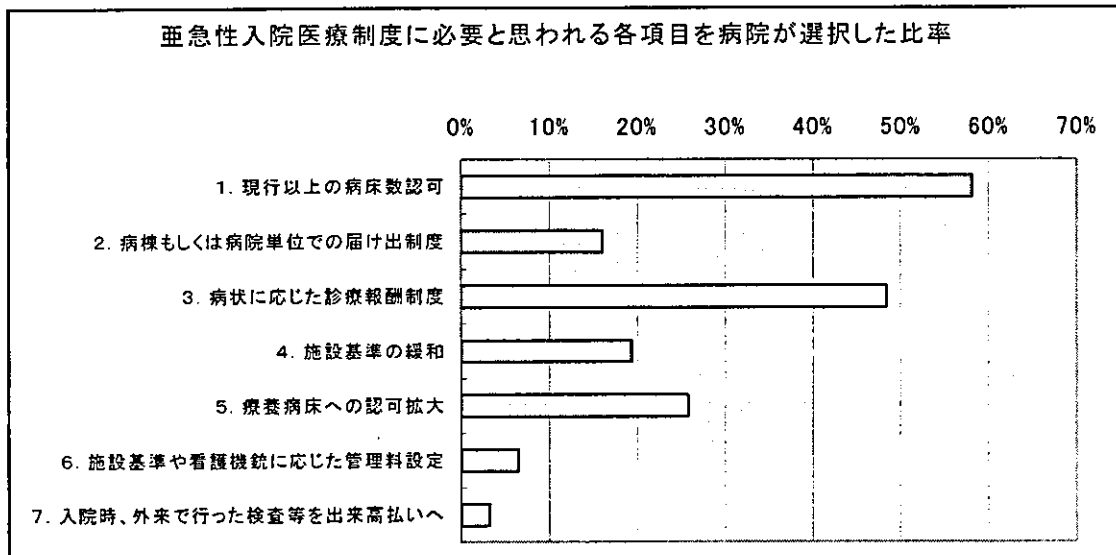
「1. 現行以上の病床数認可」を選択した病院（管理者）が58%、「3. 病状に応じた診療報酬制度」を選択した病院（管理者）が48%あった。病院が今後の亜急性入院医療制度に必要と考えられるものを整理すると、

- (1) 病床数を増やせる制度改革（病棟または病院単位の認可を含む）（項目1、2）
- (2) 病状や施設基準・看護基準などに応じた適切な診療報酬の設定（項目3、6、7）
- (3) 施設基準の緩和、療養病床への認可拡大（項目4、5）

というふうにとまとめられる。

図表 3-4) 今後の亜急性入院医療制度に必要と考えられるもの（重複解答可）の集計

問4	件数	52件別	31病院別
今後の亜急性入院医療制度に必要と考えられるもの(重複解答)	55	100%	
1. 現行以上の病床数認可	18	33%	58%
2. 病棟もしくは病院単位での届け出制度	5	9%	16%
2. 1. 亜急性入院医療管理料は病室単位の届出が必要			
3. 病状に応じた診療報酬制度	15	27%	48%
3. 1. ケースミックス分類にする診療報酬制度を確立が必要			
3. 2. 重傷度に応じた診療報酬を少し考慮してほしい			
3. 3. 入院中の複数診療か受診を考慮してほしい			
3. 4. 入院中の他医療機関の受診を考慮してほしい			
4. 施設基準の緩和	6	12%	19%
4. 1. ハードルが高い(診療録管理体制加算等)			
4. 2. 入院期間中に1回限りの算定という縛りの緩和を希望			
4. 3. 性別・病状などにより当該病室に入室することが困難な場合もあり、届出条件より、病室単位を削除願いたい			
4. 4. 3ヶ月以内に介護療養病棟への移行も認めてほしい			
5. 療養病床への認可拡大	8	15%	26%
6. 施設基準や看護機銃に応じて亜急性入院管理料に差をつけ	2	4%	6%
7. 入院時、外来で行った検査等を出来高払いへ	1	2%	3%



#### 4. 前回の調査との比較

亜急性病棟が新設される以前に、四病協が「地域一般病棟」という新しいタイプの機能を担う病棟を提唱しており、その意見を踏まえる形で、2004年春の診療報酬改定で亜急性入院医療管理料が新設された。その直前の2003年12月に「地域一般病棟(床)≒亜急性病床(棟)」という前提で、その当時地域一般病床を担うと思われる病棟を対象に実態調査を行ない、その結果を「亜急性状態に該当する患者に関する緊急調査報告書(2004年1月23日)」という形で公表した。

ここでは、この調査の概略を説明し、一部今回の調査との比較を示す。

#### 4. 1. 調査の概要

図表 2-4-2) に示したケースミックス区分の

(1) 急性期病棟(一般病棟)からの患者の受け入れた患者であり"

- 1.1.集中的なりハビリを必要とする状態である
- 1.2.入院期間の関係で急性期病棟での継続的な入院は困難であるが、高密度の入院加療を引き続き要する状態である

"(2) 地域・在宅療養・介護施設からの患者の受け入れた患者であり"

- 2.1. 高度先進医療施設でなくとも対応可能な救急入院を要する一般患者
- 2.2.病状不安定や繰り返し入院を要する状態である

に該当する患者を、亜急性(地域一般病棟)対象患者として、入院患者の状態像と調査対象月である2002年12月の医療費を調査した。調査に協力いただいた96病棟(55病院)の概要を(図表 4-1)に示す。

この表の読み方は、一般I群入院基本料1の看護基準を受けている病院が19あり、617名の患者さんが調査の対象となった。この617人のうち回復期リハの条件を満たしたのは1%であり、亜急性患者の要件を満たしたのが37%であった。またこれらの病棟の1日平均医療点数は3831点であり、亜急性対象患者の平均は3889点であった。

図表 4-1) 調査対象の病棟の患者構成と1日平均医療点数

	病棟数	患者数	患者数割合(%)							1日平均医療費	
			1.1回復リハ	1.2高密度継続	2.1.不安定繰返	2.2慢性疾患増悪	3.1. 2500点以上17日	3.2その他	亜急性合計	全体平均1日医療点	亜急性患者1日平均点数
一般I群入院基本料1	19	617	1%	1%	21%	14%	25%	38%	37%	3831	3889
一般I群入院基本料2	34	1128	4%	2%	25%	7%	17%	46%	38%	2862	2813
一般I群入院基本料3	6	209	0%	3%	36%	10%	9%	42%	49%	2480	2608
一般II群入院基本料3	6	250	3%	4%	34%	13%	3%	43%	54%	2063	2166
一般II群入院基本料5	1	32	0%	3%	22%	13%	0%	63%	38%	1445	3919
療養(医療)入院基本料1	8	294	9%	0%	3%	4%	0%	83%	17%	1582	6520
療養(医療)入院基本料2	1	44	0%	5%	9%	5%	0%	82%	18%	1463	5343
回復期リハビリテーション病棟	13	495	45%	0%	1%	1%	0%	52%	48%	2374	2638
殊疾患療養病棟	7	257	0%	2%	1%	0%	1%	97%	2%	1893	2002
その他区分外病棟	1	4	0%	0%	0%	0%	0%	100%	0%	2007	0
合計	96	3330	9%	2%	18%	7%	11%	53%	36%	2664	2848

この調査の結果、以下のような結果が得られた。

- (1) 調査対象 3330 人中亜急性該当と思われる患者は、1203 人 (36%) であった。
- (2) 回復期リハビリや高密度の医療継続を目的に急性期の病棟からの患者が 362 人 (11%)、病状不安定で入院を繰り返す、あるいは慢性疾患の増悪などにより自宅や介護施設からの患者が 841 人(25%)であった。
- (3) 亜急性と考えられる入院患者の比率が高かった病棟は、一般Ⅰ群入院基本料 3 (49%)と、一般Ⅱ群入院基本料 3 (54%) であった。
- (4) 亜急性と判定された患者の平均年齢は 75.6 歳(男性 72.1 歳、女性 78.8 歳)であり、亜急性患者の 82%が 65 歳以上であった。
- (5) 亜急性に該当する患者の 1 日あたりの入院医療点数は、平均 2848 点であった。慢性疾患増悪または不安定繰返しにより在宅・施設からの入院してくる患者の点数(約 3100 点/日)のほうが、回復期リハや高密度継続医療目的で急性期病床より転院・転棟してきたケースの入院点数(約 2450 点/日)より高いケースが多い。
- (5) 亜急性の患者であっても、一般Ⅰ群入院基本料 1 に入院する場合の入院費は高く、2→3 と基準が下がるにつれ、入院費が低下することを確認した。
- (6) 回復期リハ目的の入院では、脳血管障害と大腿骨頸部などの骨折が多かった。
- (7) 高密度医療継続目的の急性期病棟からの転院・転棟患者では、脳血管障害、肺炎、悪性新生物などが多い。
- (8) 病状が不安定で繰返し入院を行うケースが、亜急性の患者の 50%を占めた。内科系疾患の増悪期が 4 割を占め、身体障害者の病状増悪・合併症対応も多数見られた。
- (9) 慢性疾患の増悪や一時的に医療必要度が高まる状態の患者は、慢性疾患の増悪や脱水、脳梗塞再発作、肺炎などが多かった。
- (10) これらを通じて、ICD コードが患者の病状や入院中の治療内容と合致しないケースが多数見受けられ、亜急性に対応した状態別分類の必要性が高いと考えられた。

#### 4. 2. 前回の調査と今回の調査のケースミックス比較

前回の調査では地域一般病床を意識し前頁に示した亜急性対象の患者が数多く入院していると思われる病棟を対象に、今回の調査は亜急性入院医療管理料を算定している病床を退院した患者を対象にしている。また前回の調査は、12月の第三週のある調査日に調査対象病床に入院している全患者を調査対象とし、今回の調査では2004年4月から12月の間に亜急性病床を退院した患者を調査対象としている。

このように調査対象、調査期間（方法）も異なり2つの調査結果を厳密に比較することは難しい。だが、亜急性性をキーワードとし、ほぼ同じフォーマットで調査を行っており、（図4-2）に示すように両者の間に大きな差が見られるので、その違いを以下に示す。地域一般病床を意識した前回の調査の亜急性該当患者の中には、「2.1. 高度先進医療施設でなくとも対応可能な救急入院を要する一般患者」や「2.2. 病状不安定や繰り返し入院を要する状態である患者」が数多く（70%）みられたが、現在の亜急性病棟の中には、このカテゴリーに該当する患者が非常に少ない（12%）ことは、明らかになった。

図4-2) 前回の調査と今回の調査のケースミックス比較

	前回調査		今回調査	
	人数	%	人数	%
(1)急性期病棟(一般病棟)からの患者の受け入れた患者であり	362	11%	1796	73%
1.1.集中的なりハビリを必要とする状態である	305	9%	1757	71%
1.2.入院期間の関係で急性期病棟での継続的な入院は困難であるが、高密度の入院加療を引き続き要する状態で	57	2%	39	2%
(2)地域・在宅療養・介護施設からの患者の受け入れた患者であり	841	25%	231	9%
2.1. 高度先進医療施設でなくとも対応可能な救急入院を要する一般患者	601	18%	153	6%
2.2. 病状不安定や繰り返し入院を要する状態である	240	7%	78	3%
(3)その他(集中的なりハビリや高密度医療の目的ではないが)入院加療を引き続き要する状態である	2127	64%	440	18%
合計	3330	100%	2467	100%

#### 亜急性該当患者のケースミックス比率(前回と今回)

