

## D. 考察

今回の調査の目的は、平成 16 年度の診療報酬改定で新設された亜急性入院医療管理料を算定している亜急性病床の実態を把握し、現時点の評価を行なうことである。ここでは、

- (1) 診療報酬で定められた亜急性病床の適応条件の視点から
- (2) 四病協が提唱した地域一般病床の視点から

亜急性病床の評価を試みる。

### 1. 今回の調査結果の総括

今回の調査結果の総括を以下に示す。

- (1) 自院一般病床からの転床が 94%と圧倒的多数
- (2) 亜急性病床の平均入院期間は、29.6日であった
- (2) 退院先は自宅 76%、特養 3%、老健 8%と在宅復帰率は 87%の高率  
特養からの入院は特養 老健からの入院は老健へ戻している
- (3) 脳梗塞、脳出血、大腿骨頸部骨折、その他の骨折、整形外科疾患が多い  
リハ施行は 78%、認知症は少ない、退院時は寝た切り度が回復している
- (4) ケースミックス分布より、リハ目的は 70%、救急入院 病状不安定は 15%  
在宅等調整入院は 24%であった。
- (5) 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た。

その具体的な内容は、(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、(2) 入院単価が増える場合が多い、(3) 十分なリハビリテーションの提供が行ないやすくなる、(4) 在宅医療との連携強化を行ないやすくなるということである。

### 2. 定められた亜急性病床の適応条件の視点からの亜急性病床の評価

診療報酬で示された亜急性の適応条件と今回の調査で関係する項目は、

- (1) 患者像（ケースミックス）が適切か  
急性期と慢性期の間、あるいは在宅や介護施設で慢性療養している患者の急性増悪など
- (2) 入院期間はこの病室に入ってから 90日以内
- (3) 在宅復帰率が、6割以上であるか

の3点である。

(1) のケースミックスに関しては、リハビリ目的が大半を占めるが、亜急性で想定しているタイプの患者が今回の調査対象患者の 8割以上を占めていた。急性期病床からの受け入れはよいものの、在宅等からの増悪期は一般病床で対応し、その後必要に応じて亜急性病床に移るといった病床の運用をおこなう医療機関が多いようである。

(2) の亜急性の入院期間は、結果 2.7に示すように、各病院の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。また今回の調査対象患者の亜急性病床の平均入院期間は、29.6日であり、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た。98.5%の患者が90日以内で、退院していた。

(3)の在宅復帰率は合計87%に上り、予想外の高い値を示した。

以上より今回の調査対象病院においては、平成16年診療報酬改定での目的をほぼ達成していると考えられる。

### 3. 四病協が提唱した地域一般病床の視点からの亜急性病床の評価

平均在院日数の短縮化とDPCによる急性期病床の選別が進むと、

- (1) DPCを施行するような急性期病院の平均在院日数の短縮により、在宅にはまだ帰ることが難しいレベルの患者が退院を余儀なくされ、このような患者が地域に帰るための受け皿機能を担う施設が必要になる。
- (2) 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の受け皿となる医療施設が必要になる。
- (3) DPCを施行するような急性期病院では受け入れが難しい病状不安定や繰り返し入院を要する状態の患者の受け皿となる医療施設が必要になる。

という問題に対応する医療機関が必要になる。このような役割を担う医療施設として、在宅医療の後方支援や医療、介護施設のネットワークを主な機能とする「地域一般病棟」が提唱された。

現在の亜急性病床は、(1)の機能はある程度果たしているようだが、(2)、(3)の役割は、ほとんど果たしていない。

まず(1)の機能に関しては、機能しているというものの「回復期リハビリテーション病棟との差異」が問題になる。現在の亜急性期の入院はリハに特化される傾向があるが、機能的に回復期リハの入院と重なることが多い。亜急性病棟で行なわれているリハビリの特徴として、病名(ICDコード)から回復期の適応外のリハビリが亜急性病棟で行なわれている施設がある判断できる。「脳血管疾患、大腿頸部骨折」などの限られた疾患しか対象にできない回復期リハの厳しい入院適応条件が存在するため、これらの条件からはずれた患者を亜急性病床でリハビリを行なっているようだ。社会のリハビリに対するニーズに応えるためにも、亜急性、回復期リハの制度の整合性を取るためにも、回復期リハの対応疾患・状態の拡大が必要と思われる。

(2)、(3)の機能が果たされない最大の理由は、一律の亜急性医療管理料にあると思われる。結果4.1に示すように、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。亜急性病床に入院した患者の医療費の大半は、亜急性期入院医療管理料2050点+リハビリ(出来高)点数であり、在宅・施設からの入院してくる患者の点数(約3100点/日)に及ばない。その結果、(2)(3)に該当する患者が病院の救急外来などに来た場合、ほとんどの場合、一旦一般病床に入院した後、亜急性病棟に転床している。

今後病床の機能分化を進めるためには、急性期からの受け入れだけでなく、在宅・介護施設等の増悪期の対応などの役割を担う亜急性期病床が、病棟あるいは病院単位で各地に整備されることが望ましい。そのためには、急性期からの患者と地元からの急性期の患者を区分するケースミックス分類に基づく段階的診療報酬の設定（一部出来高）が必要であろう。

回復期リハ病棟・亜急性期病棟の整備が全国的に展開されると、急性期病棟の急性期特化が推進され、同時に在宅医療、地域医療連携が推進される。亜急性期病床（棟）が（１）急性期から慢性期への移行期にある患者のみならず、（２）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、（３）病状不安定や繰り返し入院を要する状態を積極的に受け入れる。さらに、医療保険対応療養病床が、長期にわたる医療必要状態への対応に整理される。このような施設の役割が明確になれば、急性期・亜急性期・慢性期の機能分化が可能となる。このような医療施設が機能に応じて再構成されれば、介護施設から医療をより必要とする患者が医療施設に移り、逆に医療の必要性は低い介護の必要度の高い患者が介護施設に集まることが期待でき、医療施設と介護施設の機能分化が可能となるだろう。

#### E.謝辞

今回の調査は、年度末がせまる 1 月に実施されたにも関わらず、31 病院という多くの病院の協力をいただきましたことに感謝いたします。また 2 月 3 月の春休みの期間に各病院への問い合わせ、データ整理、データ入力、解析業務を献身的に行ってくれた、国際医療福祉大学医療経営管理学科 3 年生の青木俊介君、沼子華菜さん、三浦由美さん、森嶋絵理さん、森嶋久美さん、大垣航君、また彼（彼女）らを指導してくれた、大学院生の名倉利信さん、横山重子さんに感謝いたします。