

厚生労働科学研究研究費補助金

政策科学推進研究事業

慢性期入院医療における包括的評価指標の開発

平成17年度 総括研究報告書

主任研究者 高橋泰 国際医療福祉大学医療経営管理学科 教授

分担研究者 大内東 北海道大学工学部 教授

平成18(2006)年 3月

## 目 次

### I. 総括研究報告

(慢性期入院医療における包括的評価指標の開発)

研究1 亜急性病床入院患者の寝たきり度改善に及ぼす因子に関する考察  
----- 2

高橋泰

研究2 亜急性病床における骨折系・脳血管疾患系特性  
----- 25

高橋泰

研究3 亜急性・回復期におけるケースミックス区分の開発  
高橋泰 大内東 ----- 50

II. 研究成果の刊行に関する一覧表 ----- 71

厚生労働科学研究研究費補助金（政策科学推進研究事業）

総括研究報告書

慢性期入院医療における包括的評価指標の開発

## 研究 1

亜急性病床入院患者の寝たきり度改善に及ぼす因子に関する考察

主任研究者 高橋泰 国際医療福祉大学医療経営管理学科 教授

## 研究1：『亜急性病床入院患者の寝たきり度改善に及ぼす因子に関する考察』

### 研究要旨

この研究目的は、平成16年度の調査により収集した亜急性病床の全国調査データを用いて、亜急性病床入院患者で性別、年齢等種々の因子において、どのような因子が患者の寝たきり度の回復により影響を与えるかを明らかにすることである。

亜急性病床に入床（入院）した時点での「障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）」と退床（退院）した時点での「障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）」を比較した重回帰式を求めるために、寝たきり度の差を目的変量（説明することを目的とした変数）とし、その説明変量（目的変量に影響を及ぼす変数）を性別、年齢、亜急性病床入院日数、リハビリテーション実施・未実施、疾患4群、病院区分の9項目にして検討を行った。対象者データは、説明変量に挙げた9項目を記載してある2393例とする。

今回の研究により、求められた重回帰式は

$$Y = 0.7113x_1 + 0.571643x_2 + 0.433221x_3 + 0.00563x_4 + 0.001777$$

（寝たきり度差）（骨折疾患）（リハビリ）（その他整形系疾患）（亜急性病床入院日数）（定数）

これにより、亜急性病床において、骨折系疾患（大腿骨骨折、他6疾患）かその他整形系疾患（膝関節症、他4疾患）を主傷病とし、リハビリテーションを実施していて、亜急性病床においてある程度長い期間入院する患者が、寝たきり度回復を期待できるといえる。また、説明変量として、骨折疾患の項目が最も重要であり、次いでリハビリテーションの有無が重要と考えられる。

骨折疾患、またはその他整形系疾患において、疾患のみに着目した場合、それぞれ62%、54%と寝たきり度が改善したという結果であった。次いで、リハビリテーションであるが、改善・不変・悪化に関らず、非常に高い実施率であった。リハビリテーションを実施した骨折疾患とその他整形系疾患は、それぞれ61%、54%寝たきり度が改善している。つまり、疾患のみで見たときに寝たきり度改善患者とされた患者は、ほぼ100%リハビリテーションを実施しているといえる。また、入院日数であるが、寝たきり度改善患者は29日から42日という比較的長期間入院をしている。これは、リハビリテーションを実施しているためである。

A. 研究目的

2004年度の診療報酬改定において「亜急性期入院医療管理料」が新設された。診療報酬上の亜急性期入院医療管理料の概要<sup>9)</sup>は、表1のように示されている。

表1

A308-2 亜急性期入院医療管理料 (1日につき) 2,050点	
注1	別に厚生労働大臣が定める施設基準*〔(8) 退院患者のうち6割以上が在宅等へ退院していること〕に適合しているものとして、地方社会保険事務局長に届け出た病室を有する保険医療機関において、当該届出に係る病室に入院している患者に対し、必要があつて亜急性期入院医療管理が行われた場合に、当該病室に入院してから起算して90日を限度として、所定点数を算定する。
注2	診療に係る費用〔第2節に規定に規定する臨床研修病院入院診療加算、地域加算及び離島加算並びに第2章第1部指導管理等、第2部在宅医療、第7部リハビリテーション、第8部精神科専門療法、第9部処置(所定点数が1,000点を超えるものに限る)、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療に係る費用を除く〕は亜急性期入院医療管理料に含まれるものとする。

亜急性病床は、機能回復役として期待された病床として設立された。基本的に、亜急性病床において患者は、リハビリテーションを実施し、再び自宅に戻れるよう治療が行われるのである。

大川 弥生、木村 伸也、上田 敏<sup>9)</sup>らは、脳卒中中のADL（日常生活動作）自立がリハビリテーションによって促されると述べている。その他にも、脳卒中に関連したリハビリテーションが及ぼす影響に関して述べられている文献は多々ある。<sup>3) 4) 5) 6) 7)</sup>

原田 考、遠藤 剛、鶴岡 広<sup>8)</sup>らは、骨折に関するリハビリテーションについて述べている。<sup>9) 10)</sup>

また、松本 美由紀、宮本 清香、中村 昭範<sup>11)</sup>らは、一つの症例をもとにして、長期期間の経過観察により、リハビリテーションがADL回復に有効であるということを明らかとしている。

これらのように機能回復については、固有の疾患として例えば、脳血管疾患や骨折疾患に対するADL回復を目的としたリハビリテーションを医師の視点、リハビリテーション専門職種（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等）の視点から行われた研究、また、リハビリテーションが患者の機能回復・ADL自立に起因することに関する研究が行われている。しかし、病棟（病床）機能が、どのような因子により患者の機能回復に影響するのかということに関する研究は行われていないようである。特に、今回は亜急性病床が設立され1年間という短い期間で行われた調査であるため、亜急性病床における患者状態回復の実態に関しての研究は、これまで存在しない。

平成16年度（研究2年目）の研究目的は、亜急性病床が新設され、1年間どのように利用されたのかを地域一般病床の視点から、また診療報酬上で定められた亜急性病床の適応条件の視点から評価し、今後の亜急性病床のあるべき姿を考察することであった。

今年度の研究1では、研究2年目に亜急性病床に関する全国調査のデータを用い、亜急性病床に入床（入院）した時点での「障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）」（1991年11月18日 老健第102-2号 厚生労働大臣官房老人保健福祉部長通知）と退床（退院）した時点での「障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）」を比較することで、亜急性病床入院患者でどのような患者の寝たきり度の回復がより期待できるかを明らかにすることを目的とする。

## B. 研究方法

今回用いられたデータは、2004年1月23日に筆者らが行った「亜急性状態に関する患者に関する緊急調査中間報告」について行われた実態把握調査によって入手したものである。調査は、2005年1月から3月にかけて行われ、31病院2710例の症例に関するデータを入手する事ができた。

### 調査対象者

調査対象者は、調査対象病院31病院において、2004年4月から12月末の9ヶ月間に亜急性病床を退院（退室）した全患者を対象とした。しかし、今回の研究は、目的である亜急性病床の入床時、退床時の寝たきり度の変化を調べるために、データが正確に記載されている2467例の患者データを調査対象とした。

### 調査方法

今回の調査での寝たきり度とは、次ページの表2に示す厚生労働省指定の「障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準」（以下寝たきり度と略す）により評価されたものである。

調査用紙には、亜急性病床入床（転床）時と退院時の寝たきり度を、判定表を参考に記載してもらった。

### 解析方法

(1) 亜急性病床入床時と退床時の寝たきり度に差があるかを解析するために、同等性の検定、Wilcoxonの符号付き順位検定を行う。統計ソフトは、SPSS Ver. 11.5を使用する。

(2) 亜急性病床入院患者でどのような患者の寝たきり度の回復がより期待できるかを明らかにするため、重回帰式を求める。まず、寝たきり度の差を目的変数（説明することを目的とした変数）とし、その説明変数（目的変数に影響を及ぼす変数）を性別、年齢、亜急性病床入院日数、リハビリテーション実施・未実施、疾患4群、病院区分の9項目にして

検討を行った。対象者データは、説明変量に挙げた9項目を記載してある2393例を使用する。統計ソフトは、SPSS Ver. 11.5を使用し、重回帰分析でステップワイズ法（相関係数が1に近い説明変量はそのどちらかを落とす方法）を行い、重回帰式を求める。

















(3) (2)の分析結果から、亜急性病床に入院することで、患者回復へ影響すると考えられる因子について、亜急性病床入床時と退床時の寝たきり度を比較して、改善・不変・悪化の患者分布の割合を求める。

### 倫理面の配慮

調査対象データは、各病院から住所、氏名、カルテ番号など個人を識別できるデータを除いた形で収集された。またこの研究は、国際医療福祉大学の研究倫理委員会の承認を得ている。

表2 障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準

障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準

ランク	定義	イメージ	
生活自立 ランク J	何らかの障害を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する	J1 : 交通機関等を利用して外出する 交通機関の利用 可 不可	 
	J2 : 隣近所へなら外出する	独力の外出 可 不可	 
準寝たきり ランク A	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する	日中ベッド離れて生活 可 不可	 
	A2 : 外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている	介助なし生活 可 不可	 
寝たきり ランク B	B1 : 車イスに移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う	車椅子自力移乗 可 不可	 
	B2 : 介助により車イスに移乗する	座位保持 可 不可	 
寝たきり ランク C	C1 : 自力寝返りをうつ	自力寝返り 可 不可	 
	C2 : 自力寝返りをうたない	自力寝返り 不可	 

\*判定にあたっては輔装具や自助具等の器具を使用した状態であっても差し支えない。

### C. 研究結果

(調査対象病院の概要) <sup>12)</sup>

研究1の巻末の参考資料表3に示すように、今回の調査対象病院は、兵庫県と熊本県の医療機関の比率が高い。また、表4、5とグラフ1、2より、病床規模は、100床から299床までの中小規模の病院である。

(今回の調査対象者の概要) <sup>12)</sup>

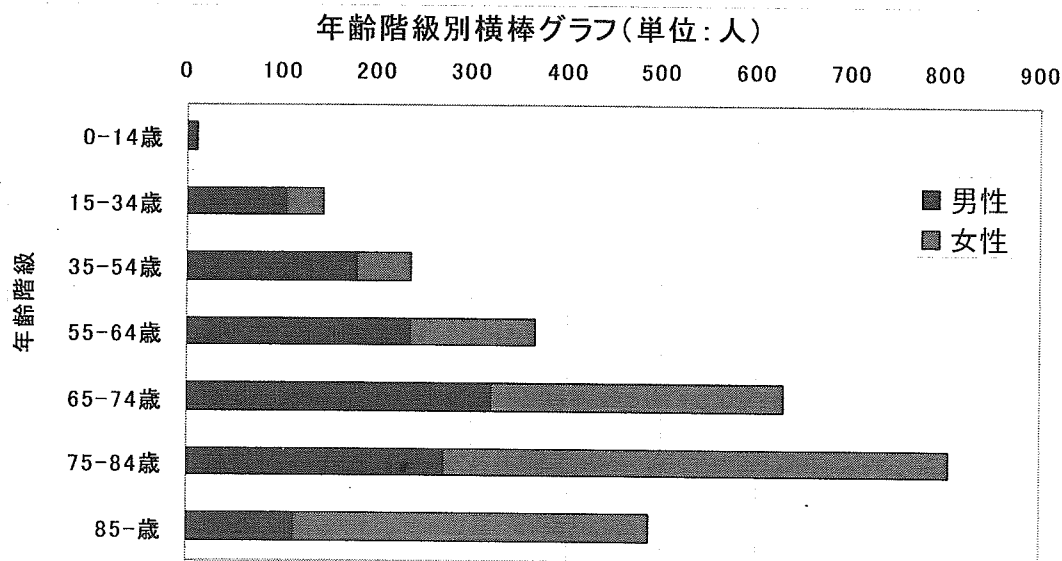
表6とグラフ3は、今回の調査対象者の年齢階級・性別分布を示す。男性は、65歳から74歳の階級に多く分布している。女性は、75歳から84歳の階級に多く分布している。男性の平均年齢は63.9歳、女性の平均年齢は75.9歳で、10歳以上差がある。全体の平均年齢は69.9歳である。

表6

	0-14歳	15-34歳	35-54歳	55-64歳	65-74歳	75-84歳	85-歳	合計	平均年齢
男性	11	105	179	234	322	271	114	1236	63.9
女性	0	37	56	134	307	533	372	1439	75.9
合計	11	142	237	370	633	811	497	2675	69.9

(未記入 19件)

グラフ3





(今回の調査対象者の疾患構成) 12)

表7は、今回の調査対象者の疾患構成（上位20位）について表したものである。1位は、脳梗塞で全体の9.15%を占めている。2位は、大腿骨骨折で、9.08%となっている。

表7

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

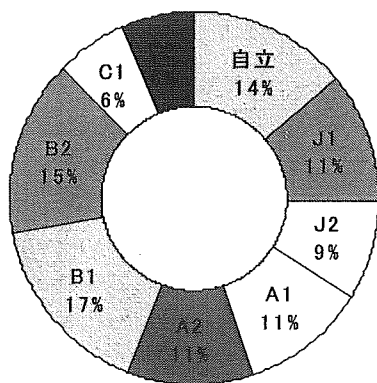
(亜急性病床入床時・退床時寝たきり度割合)

グラフ4は、亜急性病床に入床した時点での寝たきり度を評価したものである。また、グラフ5は亜急性病床を退床した時点での寝たきり度の割合を示している。

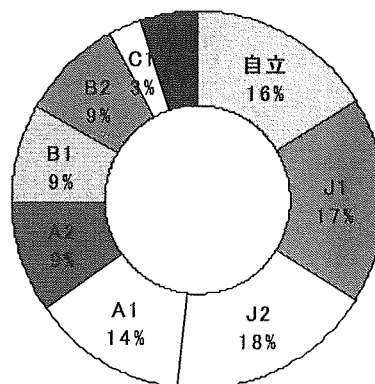
グラフ4

グラフ5

亜急性病床入床時寝たきり度割合



亜急性病床退床時寝たきり度割合



□ 自立 ■ J1 □ J2 □ A1 ■ A2 □ B1 ■ B2 □ C1 ■ C2

□ 自立 ■ J1 □ J2 □ A1 ■ A2 □ B1 ■ B2 □ C1 ■ C2

グラフ6は、亜急性病床を退院した時点の寝たきり度から入床した時点の寝たきり度を比較して、状態がどれだけ変化したのか、状態が良くなったものを「改善」、変化がなかったものを「不変」、状態が悪くなったものを「悪化」としてその割合を示したものである。

寝たきり度不変は全体の56%であったが、42%の患者が亜急性病床に入院したことで、状態が改善している。また、全体の2%は状態が悪化している。表8は、それぞれの人数を表している。

グラフ6

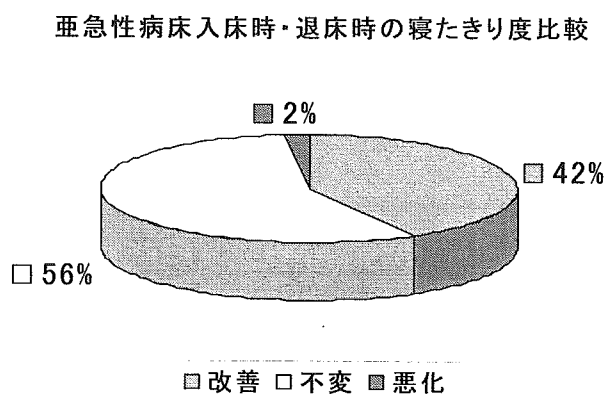


表8

亜急性病床入・退床比較の寝たきり度	
改善	1031
不変	1391
悪化	45
計	2467

(同等性の検定)

表9, 10, 11は亜急性病床入床時の寝たきり度と退床時の寝たきり度の比について同等なものであるか検定した結果の表である。

仮説「亜急性病床入床時の寝たきり度9段階の比と退床時寝たきり度9段階の比は同じである」

としたとき、表11より、Pearsonの $\chi$  (カイ) 2乗の値は264.211で、その時の有意確率は0.000である。つまり、亜急性病床入床時と退床時の寝たきり度9段階の比が異なっており、亜急性病床に入院することで状態に変化があった(改善する)ということが確かめられた。

(Wilcoxonの符号付き順位検定)

章末に示す表12, 13は、ノンパラメトリック検定でウィルコクソンの符号付き順位検定を行った結果の表である。

仮説「対応する2つのグループ(亜急性病床入床時寝たきり度9段階と退床時寝たきり度9段階)間に差はない」

としたとき、表13より、検定統計量が $Z = -26.734$ で、そのときの有意確率(両側)が0.000になっている。つまり、亜急性病床に入床した患者と退床した患者の間の寝たきり度に差があった(変化があった)ことが統計的に示される。この結果からも、亜急性病床に入院することで寝たきり度が変化した(改善した)ことが確かめられた。

(重回帰分析結果)

1重回帰式

$$Y = 0.7113x_1 + 0.571643x_2 + 0.433221x_3 + 0.00563x_4 + 0.001777$$

(寝たきり度差) (骨折疾患) (リハビリ) (その他整形系疾患) (亜急性病床入院日数) (定数)

表14より、リハビリ、骨折疾患、亜急性病床入院日数、その他整形系疾患の偏回帰係数から上記の重回帰式が求められた。表15より、決定係数をみると0.131743であった。表14より、最も重要であると思われる説明変数として、骨折疾患の項目が0.226923となり、次いでリハビリの項目が0.169665となっている。

表14

係数(a)

モデル	非標準化係数		標準化係数		有意確率
	偏回帰係数	標準誤差	標準化偏回帰係数	t	
4 (定数)	0.001777	0.059677		0.029785	0.976241
リハビリ	0.571643	0.070314	0.169665	8.1298	6.83E-16
骨折疾患	0.7113	0.064026	0.226923	11.10956	5.4E-28
亜急性病床入院日数	0.00563	0.001002	0.110673	5.617762	2.16E-08
その他整形系疾患	0.433221	0.096062	0.089733	4.509804	6.8E-06

$\alpha = 0.05$

a.従属変数: 寝たきり度差

表15

モデル集計(e)

モデル	重相関係数	決定係数	自由度調整済決定係数	推定値の標準誤差
4	0.362964 d	0.131743	0.130289	1.282371

d.予測値: (定数)、リハビリ, 骨折疾患, 亜急性病床入院日数, その他整形系疾患。

e.従属変数: 寝たきり度差

(分散分析)

決定係数が低いので、「求めた重回帰式は予測に役立たない」という仮説をたて、を検定を行なった。表16より検定統計量 (F値) が、90.58437である。その時の有意確率が8.82E-72となる。したがって、求めた重回帰式は予測に役立つ。

表16 分散分析(e)

モデル		平方和	自由度	平均平方	F 値	有意確率
4	回帰	595.8548	4	148.9637	90.58437	8.82E-72 d
	残差	3927.005	2388	1.644475		$\alpha = 0.05$
	全体	4522.86	2392			

d.予測値: (定数)、リハビリ, 骨折疾患, 亜急性病床入院日数, その他整形系疾患。

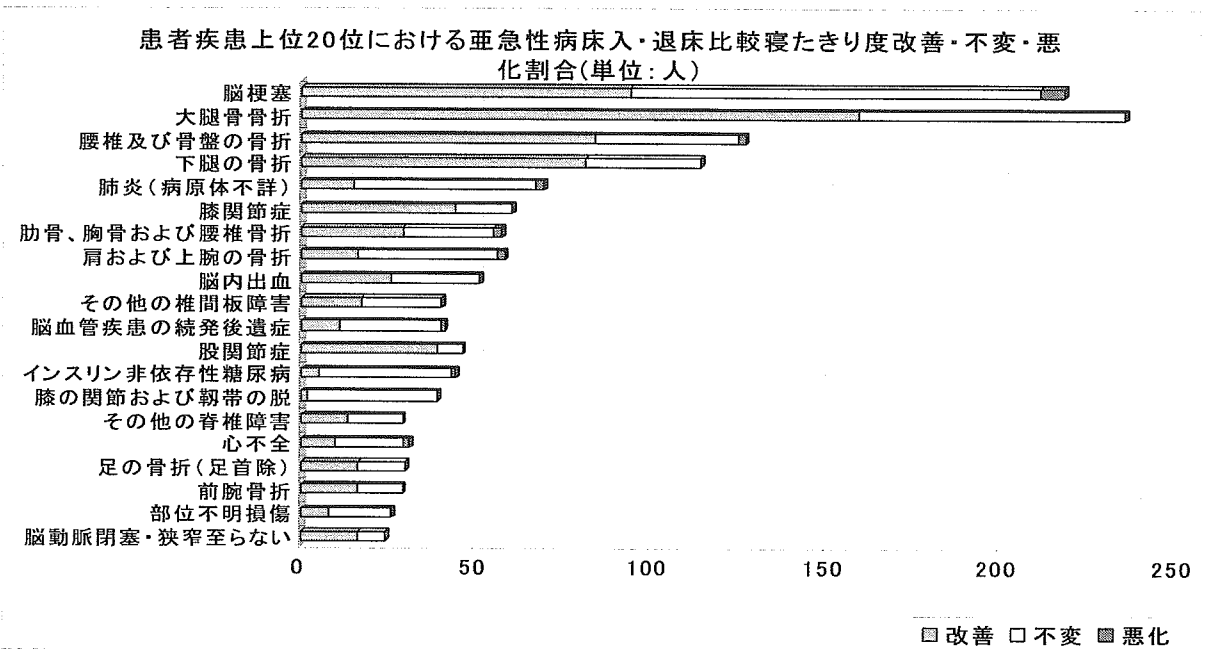
e.従属変数: 寝たきり度差

(上位20位疾患別亜急性病床入・退床時比較での寝たきり度改善・不変・悪化割合)

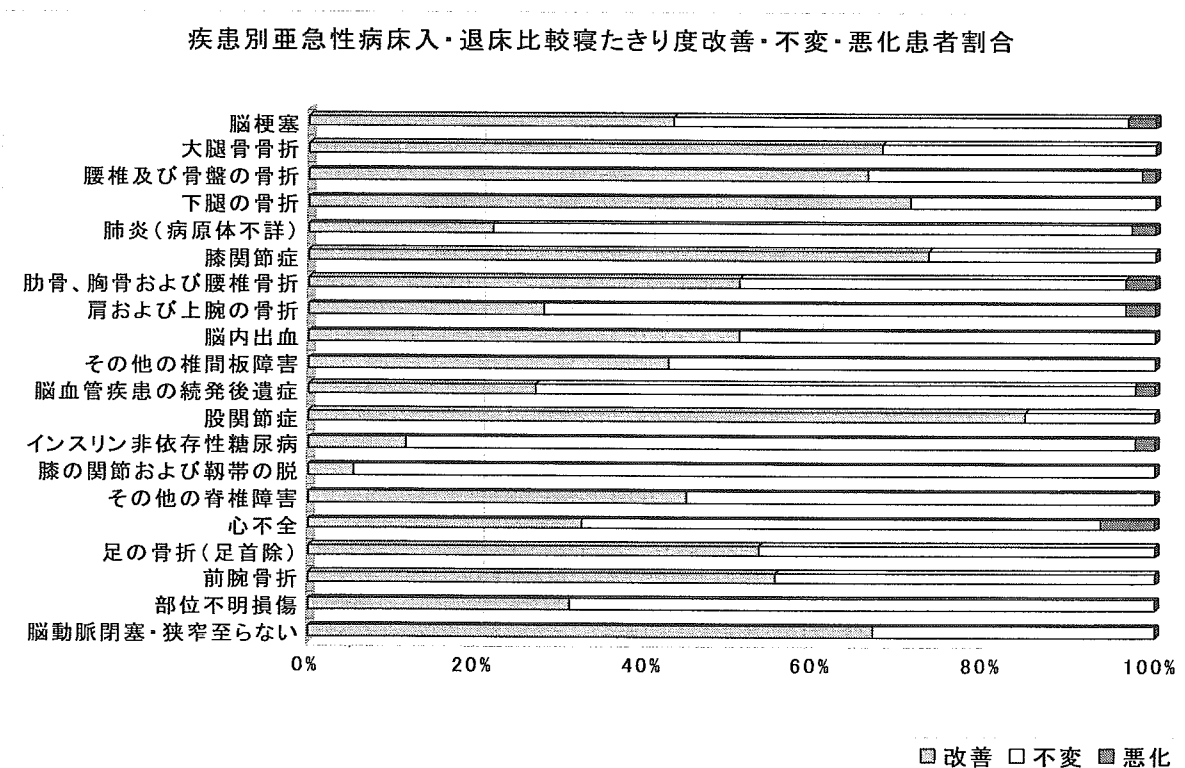
グラフ7, 8は、亜急性病床に入床した患者の主病名上位20位別に寝たきり度改善・不変・悪化の患者を人数と割合で示したものである。

1位の疾患「脳梗塞」における寝たきり度改善の割合は、43%であった。2位の疾患である「大腿骨骨折」における寝たきり度改善の割合は、68%となっている。

グラフ7



グラフ8

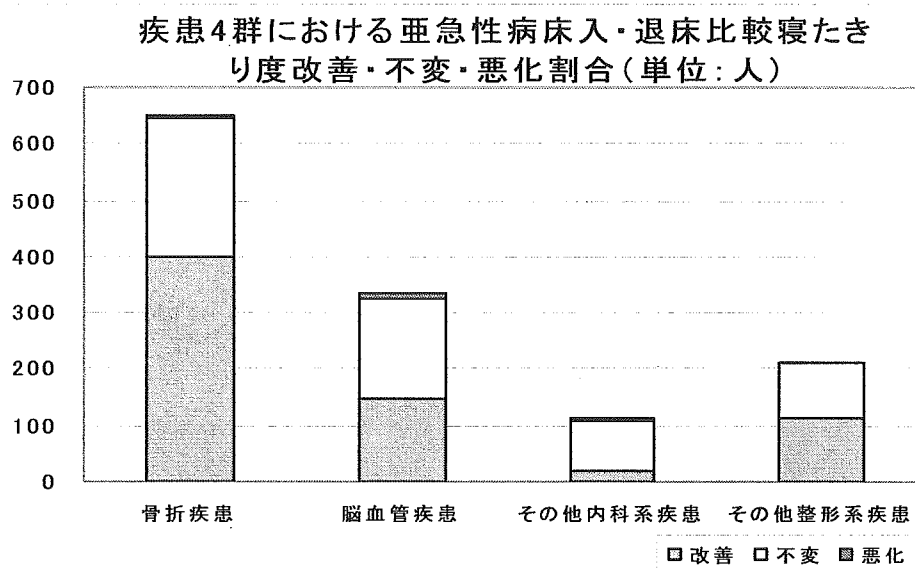


(疾患4群別亜急性病床入・退床時比較での寝たきり度改善・不変・悪化割合)

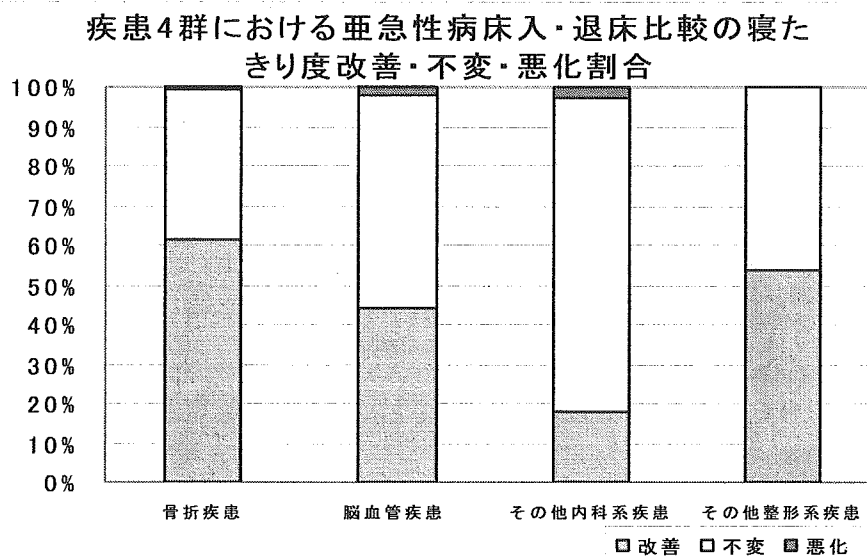
グラフ9, 10, 11は、グラフ7, 8で示した上位20位の疾患から、脳血管疾患と骨折疾患とその他内科系疾患、その他整形系疾患の4群においてその人数と割合を示したものである。

脳血管疾患は、脳梗塞、脳内出血、脳血管疾患の続発後遺症、脳動脈の閉塞および狭窄・脳梗塞にいたらなかったもの、の4つに分類されるものをまとめている。骨折疾患は、大腿骨骨折、腰椎および骨盤の骨折、下腿の骨折、肋骨・胸骨および腰椎骨折、肩および上腕の骨折、足の骨折（足首は除く）、前腕の骨折、の7つに分類されるものをまとめている。また、その他内科系疾患は、肺炎（病原体不詳）、インスリン非依存性糖尿病の2つに分類されるものをまとめた。その他整形系疾患は、膝関節症、その他の椎間板障害、股関節症、膝の関節および靭帯の脱臼、捻挫およびストレイン、その他脊椎障害の5つに分類されるものをまとめた。

グラフ9

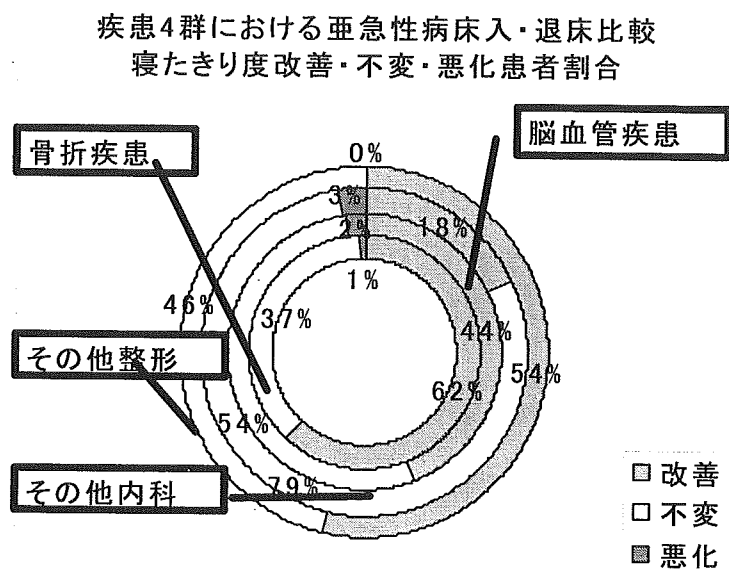


グラフ10



グラフ11から、骨折疾患の寝たきり度改善割合が62%、脳血管疾患は44%、その他内科系疾患が18%、その他整形系疾患が54%ということがわかる。

グラフ 1 1



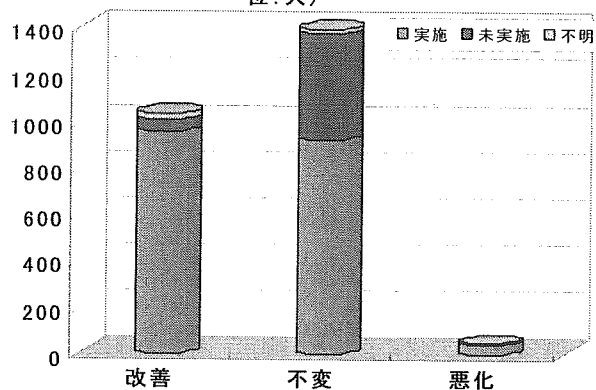
(亜急性病床入・退床時比較での寝たきり度改善・不変・悪化患者リハビリテーション実施・未実施状況)

グラフ12, 13は、亜急性病床入・退床時比較における寝たきり度不変・改善・悪化の患者がリハビリテーションを実施したか、未実施であったかを示したものである。寝たきり度改善の患者は93%の割合で実施していた。また、寝たきり度悪化の患者も83%の割合で実施していることがわかる。

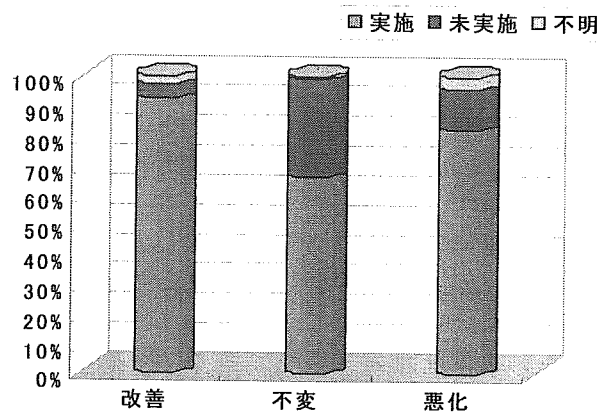
グラフ12

グラフ13

亜急性病床入・退床比較における寝たきり度改善・不変・悪化患者リハビリ実施・未実施状況 (単位:人)



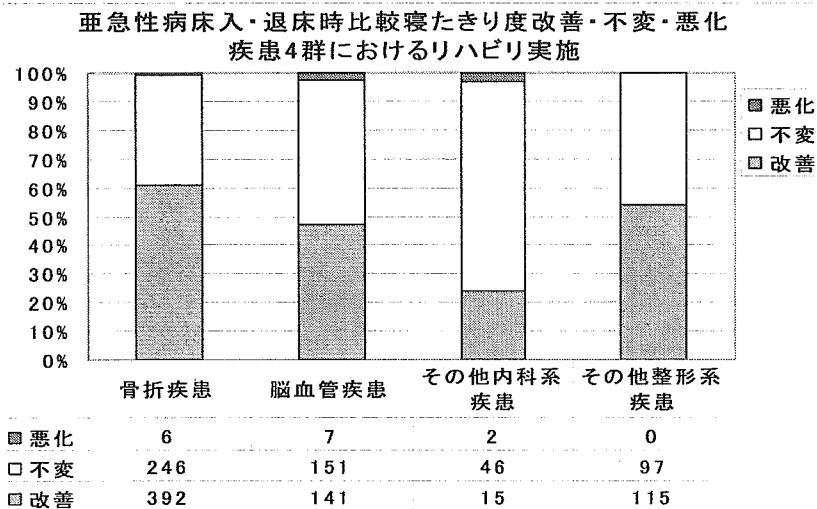
亜急性病床入・退床比較における寝たきり度改善・不変・悪化患者リハビリ実施・未実施状況



グラフ14は、3.6.2において分類された4群疾患別にリハビリテーションを実施した患者の寝たきり度改善・不変・悪化を人数と割合で表したものである。

骨折疾患は、61%が寝たきり度改善となっているが、脳血管疾患は47%となっている。その他内科系疾患は24%が改善しているが、リハビリを実施しても73%は状態に変化がなく、その他整形系疾患は54%改善している。

グラフ14



(亜急性病床入・退床時比較での寝たきり度改善・不変・悪化患者の入院日数分布)

グラフ15は、亜急性病床入・退床比較で寝たきり度改善・不変・悪化患者の入院日数分布を表したものである。表17は、それぞれの平均入院日数を表したものである。

特徴として、寝たきり度改善の患者が29日から42日に最も多く分布していること、寝たきり度不変の患者は、0日から7日に最も多く分布しているということがわかる。寝たきり度悪化の患者は、61日から90日に分布がみられるが、突出して多く分布している階級はないといえる。

グラフ15

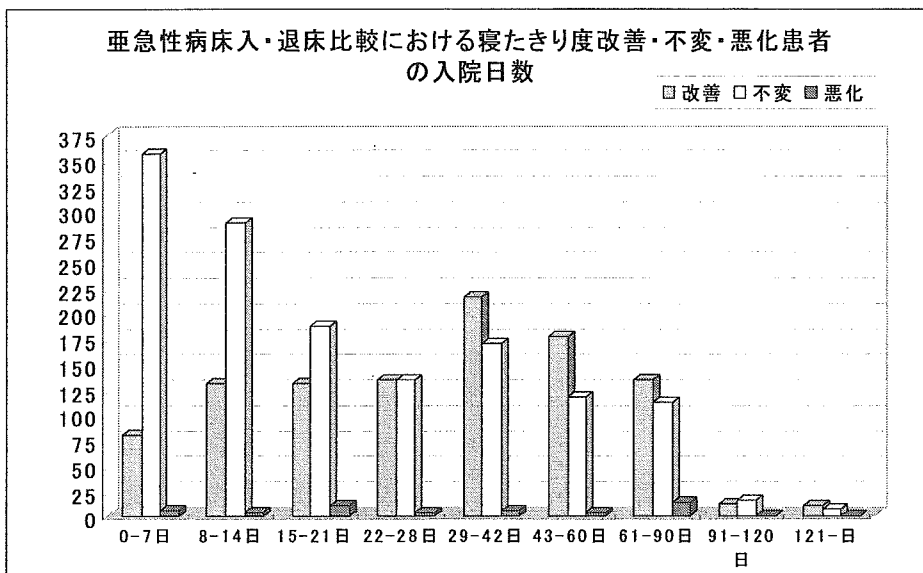


表17

	平均日数
改善	36.2
不変	25.0
悪化	40.0

#### D. 考察

まとめとして、今回の研究により、求められた重回帰式は

$$Y = 0.7113x_1 + 0.571643x_2 + 0.433221x_3 + 0.00563x_4 + 0.001777$$

(寝たきり度差) (骨折疾患) (リハビリ) (その他整形系疾患) (亜急性病床入院日数) (定数)

これにより、亜急性病床において、骨折系疾患（大腿骨骨折、他6疾患）かその他整形系疾患（膝関節症、他4疾患）を主傷病とし、リハビリテーションを実施していて、亜急性病床においてある程度長い期間入院する患者が、寝たきり度回復を期待できるといえる。また、説明変量として、骨折疾患の項目が最も重要であり、次いでリハビリテーションが重要と考えられる。

患者の機能回復に最も期待できるとされた骨折疾患、またはその他整形系疾患において、疾患のみに着目した場合、それぞれ62%、54%寝たきり度が改善したという結果であった。次いで、リハビリテーションであるが、改善・不変・悪化に関らず、非常に高い実施率であった。リハビリテーションを実施した骨折疾患とその他整形系疾患は、それぞれ61%、

54%寝たきり度が改善している。つまり、疾患のみで見たときに寝たきり度改善患者とされた患者は、ほぼ100%リハビリテーションを実施しているということがわかる。また、脳血管疾患とその他内科系疾患は、骨折疾患とその他整形系疾患と比較した場合、リハビリテーションを実施しても、寝たきり度改善の確率が低いといえる。

そして、入院期間であるが、寝たきり度改善患者は29日から42日という比較的長期間入院をしている。これは、リハビリテーションを実施しているためと考えられる。

性別と年齢〔参考資料 i, ii, iii 参照〕に関しては、男性より女性が改善しやすいという結果であった。これは、骨折疾患が女性に多いこと（67%）からいえる。

また、重回帰分析の説明変量9項目に用いた1つである、「病床区分」〔参考資料 vi 参照〕だが、調査対象病院を3群にわけ、その特徴が出るか解析をした。結果的に病床区分での明らかな差はないということがわかった。つまり、病院機能は、患者の機能回復に大きく影響しないということである。

診療報酬上での亜急性期入院医療管理料の、「在宅復帰6割以上」という規定に対して、高橋<sup>12)</sup>らの研究報告では、在宅復帰率87%（自宅76%、特別養護老人ホーム3%、老人保健施設8%）という結果になっている。よって、規定をクリアしているといえる。今回の研究で、その在宅復帰患者における寝たきり度改善の患者の割合を見ると、〔参考資料 iv 参照〕自宅における寝たきり度改善者は47%、特別養護老人ホームは35%、老人保健施設は8%となった。つまり、全患者の約8割は自宅に復帰することができ、その患者の半数は機能回復が見込めるということがいえる。

そして、「90日を限度」とされた入院期間についてであるが、高橋<sup>12)</sup>らの研究報告では、各病院の平均入院期間の最短は12.5日、最長は60.5日、平均は32.6日であった。また今回



の対象患者の平均入院期間は、29.6日となった。よって、規定をクリアしているといえる。今回の研究結果では、寝たきり度改善者の平均入院期間は36.2日で、不変患者は25日、悪化患者は40日だった。改善患者の入院期間が長いのは、先ほども述べたようにリハビリテーションを行うためである。不変患者においては、1週間以内に退院するケースが多く見られ、平均入院期間も短い。これは、調整入院として亜急性病床が利用されているとためであると思われる。

この結果から、診療報酬上で定められた患者在宅復帰という患者機能回復に対しては、効果があるといえる一方、その使用用途に病院側の入院日数調整という問題があることが指摘できる。

今回、どのような因子が患者の寝たきり度 (=機能) の回復に影響を与えるか明らかになった。しかし、その病床の使用用途に問題もあるということも判明した<sup>12)</sup>。それら結果を踏まえ、亜急性病床のケースミックス (医療の現場で様々な患者がいるように、様々な病態が混在している状態であり、この場合入院患者像) を利用した診療報酬改定が必要であると考えられる。それにより、病床利用の適切化がなされ、亜急性病床本来の役割である患者の機能回復が促進されていくと考える。

## E. 結論

亜急性病床において、骨折系疾患 (大腿骨骨折、他6疾患) かその他整形系疾患 (膝関節症、他4疾患) を主傷病とし、リハビリテーションを実施していて、亜急性病床においてある程度長い期間入院する患者が、寝たきり度回復を期待できるといえる。また、説明変数として、骨折疾患の項目が最も重要であり、次いでリハビリテーションの有無が重要と考えられる。

## \* 参考文献

- 1) 「診療点数早見表[医科・老人医科]標準点数と準用点数」、医学通信社、平成 16 年 4 月版、2004 年 4 月、p78, 79, 608
- 2) 大川 弥生、木村 伸也、上田 敏著「脳卒中患者の早期 ADL 自立、早期社会復帰を目指す積極的リハビリテーションプログラム」、総合リハビリテーション、18 巻 12 号、1990 年 12 月、p945~953
- 3) 上田 敏、大川 弥生著、「急性期リハビリテーションと廃用症候群」、総合リハビリテーション、23 巻 12 号、1995 年 12 月、p1059~1065
- 4) 岡田 靖著、「脳梗塞の内科的治療」、総合リハビリテーション、23 巻 12 号、1995 年 12 月、p1031~1036
- 5) 梶原 収功、岡本 右滋、米田 滋明、他著、「脳卒中の外科的治療」、総合リハビリテーション、23 巻 12 号、1995 年 12 月、p1037~1044

- 6) 三好 正堂著、「早期リハビリテーションの安全管理」、総合リハビリテーション、23 卷 12 号、1995 年 12 月、p1045～1050
- 7) 近藤 克明著、「急性期リハビリテーションの安全管理」、総合リハビリテーション、23 卷 12 号、1995 年 12 月、p1051～1057
- 8) 原田 考、遠藤 剛、鶴岡 広、他著、「骨折の基本知識」、総合リハビリテーション、26 卷 7 号、1998 年 7 月、p621～624
- 9) 冬木 寛義著、「大腿骨頸部骨折患者の術後訓練における留意点」、総合リハビリテーション、26 卷 7 号、1998 年 7 月、p635～640
- 10) 松林 孝王著、「大腿骨頸部骨折患者の生命予後」、総合リハビリテーション、26 卷 7 号、1998 年 7 月、p641～643
- 11) 松本 美由紀、宮本 清香、中村 昭範、他著、「リハビリテーションが ADL 改善に有効であった action myoclonus の一例」、総合リハビリテーション、25 卷 8 号、1997 年 8 月、p753～756
- 12) 猪口 雄二、安藤 高朗、高橋 泰著、「亜急性病床に関する調査報告書（2005 年 3 月 31 日）、2005 年
- 13) 石村 貞夫著、「SPSS による統計処理の手順」第 2 版、東京図書株式会社、1999 年 第 2 版、p84～89、p150～159、p198～203

\* 参考資料

表3

都道府県	調査件数
北海道	1
青森	1
茨城	1
栃木	1
群馬	1
東京	4
静岡	1
愛知	1
石川	1
大阪	1
兵庫	5
広島	2
福岡	3
佐賀	1
熊本	4
大分	2
宮崎	1
全体	31

表4

病院全体の病床数	度数	%
20-49	3	10%
50-99	2	6%
100-299	21	68%
300-499	3	10%
500-	2	6%
合計	31	100%

平均病床数 214.9

グラフ1

調査対象病院の病床規模

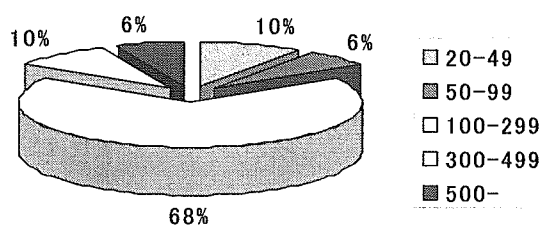
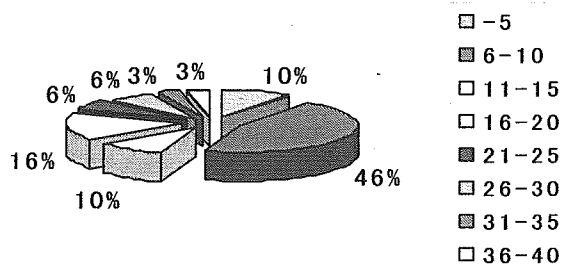


表5

亜急病床区分	度数	%
-5	3	10%
6-10	14	45%
11-15	3	10%
16-20	5	16%
21-25	2	6%
26-30	2	6%
31-35	1	3%
36-40	1	3%
合計	31	100%

平均病床数 14.5

調査対象病院の亜急性病床数



クロス集計表

処理したケースの要約

	ケース					
	有効数		欠損		合計	
	N	%	N	%	N	%
時期*寝たきり度	4934	100.0%	0	0.0%	4934	100.0%
人数*寝たきり度	4934	100.0%	0	0.0%	4934	100.0%

表10

時期 \* 寝たきり度

クロス表

		寝たきり度								合計	
		自立	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1		C2
時期	入床時	345	278	215	266	275	393	382	157	156	2467
	退床時	400	437	436	340	232	213	217	69	123	2467
合計		745	715	651	606	507	606	599	226	279	4934

表11

χ<sup>2</sup>乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)
Pearsonのχ <sup>2</sup> 乗	264.211a	8	0.000
尤度比	268.392	8	0.000
有効なケースの数	4934		

α=0.05

a.0セル(.0%)は期待度数が5未満です。最小期待度数は113.00です。

表12

順位

		N	平均ランク	順位和
退床時-入床時	負の順位	1031a	542.29	559101.50
	正の順位	45b	451.66	20324.50
	同順位	1391c		
	合計	2467		

a.退床時<入床時

b.退床時>入床時

c.退床時=入床時

表13

検定統計量b

		退床時- 入床時
Z		-26.734 a
漸近有意確率(両側)		0.000

α=0.05

a.正の順位に基づく

b.Wilcoxonの符号付き順位検定