

調査場所：J市

調査期間：2003年2月12日～2004年6月17日

データ分布：男性1718件、女性3644件、計5362件のデータであり、年齢別の分布は表1の通りである。

表1：データの性別年齢別件数

	年齢					計
	～64	65～74	75～84	85～		
性別	男	139	432	688	459	1718
	女	103	461	1558	1522	3644
	計	242	893	2246	1981	5362

#### 4.2 K項目

K項目選定アルゴリズムにより選定した評価項目は以下のとおりである。

判定評価項目 = {グループ1、グループ2}

ここで、

グループ1 = {痴呆度、寝たきり度}、

グループ2 = {移乗、立ち上がり、片足での立位、ズボン等の着脱、整髪、洗身、食事摂取、排便}

である。

それぞれの評価項目は以下の選択肢を有する。

グループ1評価項目

痴呆度：自立、痴呆度Ⅰ、痴呆度Ⅱ、痴呆度Ⅲ、痴呆度Ⅳ、痴呆度Ⅴ

寝たきり度：自立、J、A、B、C

グループ2評価項目

移乗：1. 自立、2. 見守りが必要、3. 一部介助、4. 全介助

立ち上がり：1. できる、2. つかまれば可、3. できない

片足での立位：1. できる、2. 支えが必要、3. できない

ズボン等の着脱：1. 自立、2. 見守りが必要、3. 一部介助、4. 全介助

整髪：1. 自立、2. 一部介助、3. 全介助

洗身：1. 自立、2. 一部介助、3. 全介助、4. 行っていない

食事摂取：1. 自立、2. 見守りが必要、3. 一部介助、4. 全介助

排便：1. 自立、2. 見守りが必要、3. 一部介助、4. 全介助

#### 4.3 現行の要介護判定アルゴリズムによる要介護度判定結果

現行の要介護判定アルゴリズムにより判定された本データの判定結果は表2である。表の見方を説明する。例えば、一次判定で「自立」と判定されたデータをみると、件数は5362件中145件であり、そのうちの30件は二次判定においても結果は変わらない。また、残りの115件中52件が二段以上の食い違い、つまり要介護1以上に変更されているということが分かる。

表2：一次判定結果および、二次判定結果との一致率

一次判定結果		二次判定結果			
判定	症例数	1次=2次の症例数	一致率	二段以上食い違い数	二段以上食い違い率
自立	145	30	20.7%	52	35.9%
要支援	653	277	42.4%	49	7.5%
1	1966	1099	55.9%	89	4.5%
2	587	296	50.4%	29	4.9%
3	606	310	51.2%	38	6.3%
4	683	362	53.0%	5	0.7%
5	722	644	89.2%	0	0.0%
計	5362	3018	56.3%	262	4.9%

#### 4.4 簡易10項目判定結果

検討した簡易10項目判定により判定された本データの判定結果は表3である。

表3には、30の部分集合に関する要介護度分類と各部分集合に適応するグループ2の評価項目、それと適応する判定条件、正当数（正答率）等を示してある。

表3について、痴呆度Ⅱ、寝たきり度Aの場合を例にとって表の内容を説明する。痴呆度Ⅱ、寝たきり度Aとなるデータは5362件中652件ある。痴呆度Ⅱ、寝たきり度Aの要介護度を要介護度1と予測した場合の二次判定結果との正答数を見ると、652件中303件が要介護度1と判定されており、正答率は46.5%となる。また、二段以上誤答、つまり「自立」あるいは「要介護3」以上に判定されている件数は74件であり、誤答率は11.3%となる。ここまでが、痴呆度と寝たきり度のみで要介護度を予測した結果である。

表の右半分は痴呆度と寝たきり度にさらに要介護認定の調査項目から一項目を加えて要介護度を予測した場合の結果である。痴呆度Ⅱ、寝たきり度Aの場合は、さらに「ズボン等の着脱」を判定に加えている。この場合、「ズボン等の着脱」の選択肢が1の時は「要介護度1」、選択肢が2以上つまり2,3,4の時は「要介護度2」と予測すると、正答数は384件になり、正答率は58.9%となった。また、二段以上の誤答数は11件であり、誤答率は

は1.7%であった。

#### 4.5 両結果の比較

現行一次判定では二次判定結果との一致率56.3%、二段以上誤答率4.9%であったところが、痴呆度、寝たきり度に8項目加えた簡易10項目による近似推定では、一致率67.9%、二段以上誤答率2.0%となった。これにより簡易10項目による近似推定によっても現行の一次判定と遜色ない判定結果が得られた。

#### 5. まとめ

今回の結果から、{痴呆度、寝たきり度、③の8評価項目}の合計10項目により簡易判定を行うことの可能性が示唆された。今後は実証データサンプル数を増やし、アルゴリズムの精度向上をめざす必要がある。

# 研究3：亜急性病床に関する調査報告

(2005年3月31日)

国際医療福祉大学医療経営管理学科 教授

高橋泰

四病院団体協議会医療保険・診療報酬委員会 委員長

猪口雄二

全日本病院協会 副会長

安藤高朗

## A. 研究目的

四病協は、2004年1月14日に「平成16年4月診療報酬改定に対する要望書」を中医協に提出、その要望項目の1つが、「亜急性期医療を主体とした地域一般医療を提供する病棟の評価」がある。「一定の入院期間内で、急性期病棟からの受け入れ、在宅復帰支援、在宅医療・介護保険施設の後方支援などを主体業務とする病棟は、医療の地域連携に不可欠である。このような病棟機能の評価を要望する。」という内容であった。この要望は、全日病を中心に長年に渡り議論された「地域一般病棟」を強く意識したものである。

この要望を受けた形で平成16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、これまで多くの病院が亜急性病床の開設を行なってきた。筆者等は、亜急性病棟が新設される直前の2003年12月に「地域一般病棟」の対象となりそうな病棟の患者の実態調査を行ない、2004年1月23日に「亜急性状態に関する患者に関する緊急調査中間報告書」を発表している。しかし亜急性病床が開始された2004年4月以降、これまでその実態を調べた全国レベルの調査は行なわれておらず、亜急性病床の実態はどのようになっているかを示す資料も存在しない。

今回の調査の目的は、

- (1) 亜急性期入院医療管理料を算定している病院の実態を把握すること
- (2) (a) 診療報酬で定められた亜急性病床の適応条件の視点、(b) 四病協が提唱した地域一般病床の視点から、亜急性病床の評価し、医療制度改革の流れの中で、今後亜急性病床(棟)の今後のあるべき姿を考察すること

である。

## B. 研究方法

まず、平成16年7月1日時点で亜急性期入院医療管理料を算定している病院を調べ、リストを作成した。このリストをもとに調査を依頼できる病院をピックアップし、猪口、安藤、高橋が直接理事長、院長に電話で調査協力を依頼した。その結果、31病院、2710例の症例に関するデータを入手することができた。以下に示す調査用紙を見れば明らかであるが、収集した情報には、患者の氏名や住所、カルテ番号など個人が識別できる情報は含まれていない。

調査対象病院において平成16年4月から12月末までに亜急性病床を退院(退室)した全患者を調査対象とし、全患者の状態像に関する調査用紙に記入を行う形で調査を実施した。調査用紙は、次ページ以降に示してあり、

- (1) 亜急性病床の評価用紙(病院に1枚:管理者記入)
- (2) 病院調査用紙(病院に1枚:調査担当者が記入)
- (3) 患者用紙(2枚1セットであり、調査対象全患者、1患者1セット使用)

という、3種類の調査用紙を今回の調査では使用した。患者用紙のフォームは、前回の調査との比較を行なうため、2003年12月に行なった調査とほぼ同一のフォームである。

(1) 亜急性病床の評価用紙 (病院に1枚：管理者記入)

**亜急性病棟の評価**

記載者名 鈴木一郎(理事長)

亜急性入院医療管理料に関する質問にお答えください。  
(該当する項目に○をつけてください。)

**記入例**

問1、亜急性の病床を作られて、病院にとってプラスで

1. プラスであった      2. どちらともいえない      3. マイナスであった

問2、亜急性入院医療管理料の算定による効果(プラス面)(重複解答可)

0. 特になし  
 1. 平均在院日数の短縮  
 2. 病床稼働率の上昇  
 3. 退院、転院の強要減少  
4. 入院単価の増  
5. 十分なりハビリテーション医療の提供  
6. 在宅医療との連携強化  
 7. その他( 一般病床の医療度上昇 )

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)(重複解答可)

0. 特になし  
1. 病床稼働率の低下  
2. 入院単価の減  
3. その他( )

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)

1. 現行以上の病床数認可  
2. 病棟もしくは病院単位での届け出制度  
3. 病状に応じた診療報酬制度  
4. 施設基準の緩和(看護基準、1ベッドあたり面積等)  
 5. 療養病床への認可拡大  
6. その他( )

亜急性病床に関する意見や要望(制度をどのように変えるべき等)を記載してください

(記載例1)

当院にとって上記に示した理由などにより、非常に有用なベッドである。  
今後、病棟単位の承認など適用範囲の拡大を強く希望する。

(2) 病院調査用紙(病院に1枚：調査担当者が記入)

**病院調査用紙**  
(1施設1枚)

調査に関する問合せ先 (担当者名) 佐藤花子 (診療情報管理室長)

調査用紙が送れてきましたら担当者は、まず調査対象件数を確定させ、その後病院名、担当者名、連絡方法、今回の調査担当件数を (tai@iuhw.ac.jp) まで、メールでお知らせ願います。(調査用紙到着から1週間以内)

電話番号 03-1234-5678

e-mail hana@abc.nifty.ne.jp

医療施設名 鈴木第一病院

病院所在地 東京 **都** 道・府・県

**記入例**

亜急性入院医療算定開始日 5月 1日

(許可病床数) 総病床数 240 床 (調査日時点)	一般病床	180 床	12月の 平均在院 日数 17.6 日
	亜急性病床	20 床	63.5 日
	療養病床(医療)	床	日
	療養病床(介護)	床	日
	回復期リハビリテーション病床	40 床	55.0 日
	特殊疾患療養病床	床	日
	緩和ケア病床	床	日
	精神病床	床	日
	上記に該当しない病床	床	日
	↙ (説明:		)

今回の調査対象件数 45 (平成16年12月31日までに亜急性病床から退院した全患者数)

(3) 患者用紙 (1) (調査対象全患者、1患者1セット使用)

患者識別番号 11 年齢 78 性別 ( 1.男性  2.女性  )

患者の住所 ( 1. 同一の区市町村内  2. 別の区市町村だが同一の二次医療圏内、  
3. 別の二次医療圏内だが同一の都道府県内、 4. 別の都道府県、 5. 不明 )

病院への入院日 平成 15 年 12 月 22 日

(亜急性病床への入院・転床時)

亜急性病床転床日 平成 16 年 5 月 1日 (亜急性病床へ直接入院の場合、入院日と一致)

亜急性病床への入院経路	1. 自宅から(当院一般外来)	2. 自宅から(当院救急外来)	3. 当院からの訪問診療
	4. 自宅から(他院からの一般紹介)	5. 自宅から(他院からの救急紹介)	
	6. 他院からの訪問診療	7. 他病院(一般病床)から転院	
	8. 他病院(医療療養病床)から転院、	9. 他病院(回復期リハ病床)から転院	
	10. 介護療養型医療施設から転院、	11. 介護老人保健施設から転院	
	12. 介護老人福祉施設から転院	13. その他( )	
	14. 自院の一般病床からの転棟	15. 自院の一般病床以外からの転棟	

自院からの転棟(14. 自院の一般病床からの転棟、15. 自院の一般病床以外から)の場合  
自院への入院経路は、いずれですか(上記の回答が1~13の場合、この質問は飛ばす)

1. 自宅から 2. 他病院から 3. 介護施設から 4. その他( )

亜急性病床入院(転床)時の (傷病名は可能なら、病名+ICDコードで記入してください「例: 乳癌 C30」)

主傷病名 脳梗塞 I63

副傷病名1 本態性甲血圧 I10 副傷病名2 \_\_\_\_\_

亜急性病床入院(転棟)時の

障害老人の日常生活自立度 (寝たきり度) B2 (J1~C2、自立の場合0を記入)

(不明の場合は、「不明」と記入)

痴呆性老人の日常生活自立度

0 (I~M、痴呆がない場合0を記入)

(亜急性病床入院中)

リハビリを行なったか (0. 行なわなかった  1. 行なった )

(退院時)

退院日 平成 16 年 8 月 31 日

退院先

- 転棟先
1. 自宅
  2. 介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)
  3. 介護老人保健施設(老健)
  4. 他院の介護療養型医療施設(介護療養型病院)
  5. 自院の介護療養型医療施設(介護療養型病院)
  6. グループホーム
  7. その他の施設(ケア付きマンションなど含む)
  8. 自院の一般病床
  9. 他院の一般病床
  10. 自院の医療療養病床
  11. 他院の医療療養病床
  12. 自院のその他(一般/療養以外)の病床
  13. 他院のその他(一般/療養以外)の病床
  14. 死亡まで亜急性病床で
  15. その他( )

(退院時患者状態 : 死亡は記入の必要なし、不明の場合「不明」と記入)

障害老人の日常生活自立度 (寝たきり度) B1 (J1~C2、自立の場合0を記入)

(不明の場合は、「不明」と記入)

痴呆性老人の日常生活自立度

0 (I~M、痴呆がない場合0を記入)



(3) 患者用紙 (2) (調査対象全患者、1患者1シート使用)

亜急性病床入院(転床)時の状況:1.1~2.3に患者像が合致する場合1、合致しない場合0に○を付け、1の場合は合致する状態にV(チェック)を付けてください(複数回答可能)

(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  
 (0. いいえ、 1. はい)  1  
 ↓ 「はい」の場合、以下のどの状態に合致しますか

①脳血管疾患、脊髄損傷の発症後  
 ②大腿骨頸部、下肢または骨盤等の骨折  
 ③上肢、脊椎など②以外の骨折  
 ④関節・脊椎等の手術後  
 ⑤慢性関節リウマチ、各種神経筋疾患等の増悪  
 ⑥心疾患・呼吸器疾患の急性期加療後  
 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  
 ⑧その他(以下に集中的なりハビリを必要とする状況や理由を記載してください)

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)

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  
 0. いいえ、 1. はい)  0  
 ↓ 「はい」の場合、以下のどの状態に合致しますか

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  
 ②高齢者、慢性疾患患者等の大手術後(開胸手術等)  
 ③呼吸管理や頻回の喀痰吸引を要する状態  
 ④その他(高密度の入院加療を引き続き要する状況や理由を記載してください)

(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  
 0. いいえ、 1. はい)  0  
 ↓ 「はい」の場合、以下のどの状態に合致しますか

①肺炎などの緊急入院  
 ②小外科などの緊急手術のための入院  
 ③骨折・外傷などの治療ための入院  
 ④脳梗塞再発  
 ⑤慢性疾患の状態悪化や脱水  
 ⑥その他(以下に状況を記載してください)

2.2. 病状不安定や繰り返し入院を要する状態である  
 0. いいえ、 1. はい)  0  
 ↓ 「はい」の場合、以下のどの状態に合致しますか

①慢性呼吸器疾患や心疾患、慢性肝・胆・膵系疾患の増悪期  
 ②コントロール不良な糖尿病  
 ③インターフェロン治療中の肝炎  
 ④人工呼吸器や投薬量の検討が必要な神経難病  
 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  
 ⑥寛解と増悪を繰り返す血液疾患  
 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  
 ⑧その他(以下に状況を記載してください)

(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  
 0. いいえ、 1. はい)  0  
 ↓ 「はい」の場合、以下のどの状態に合致しますか

①在宅復帰のための調整入院  
 ②自宅以外の次の入院・入所先があくまでの調整入院  
 ③その他(入院加療を引き続き要する状況や理由を記載してください)

## C. 結果

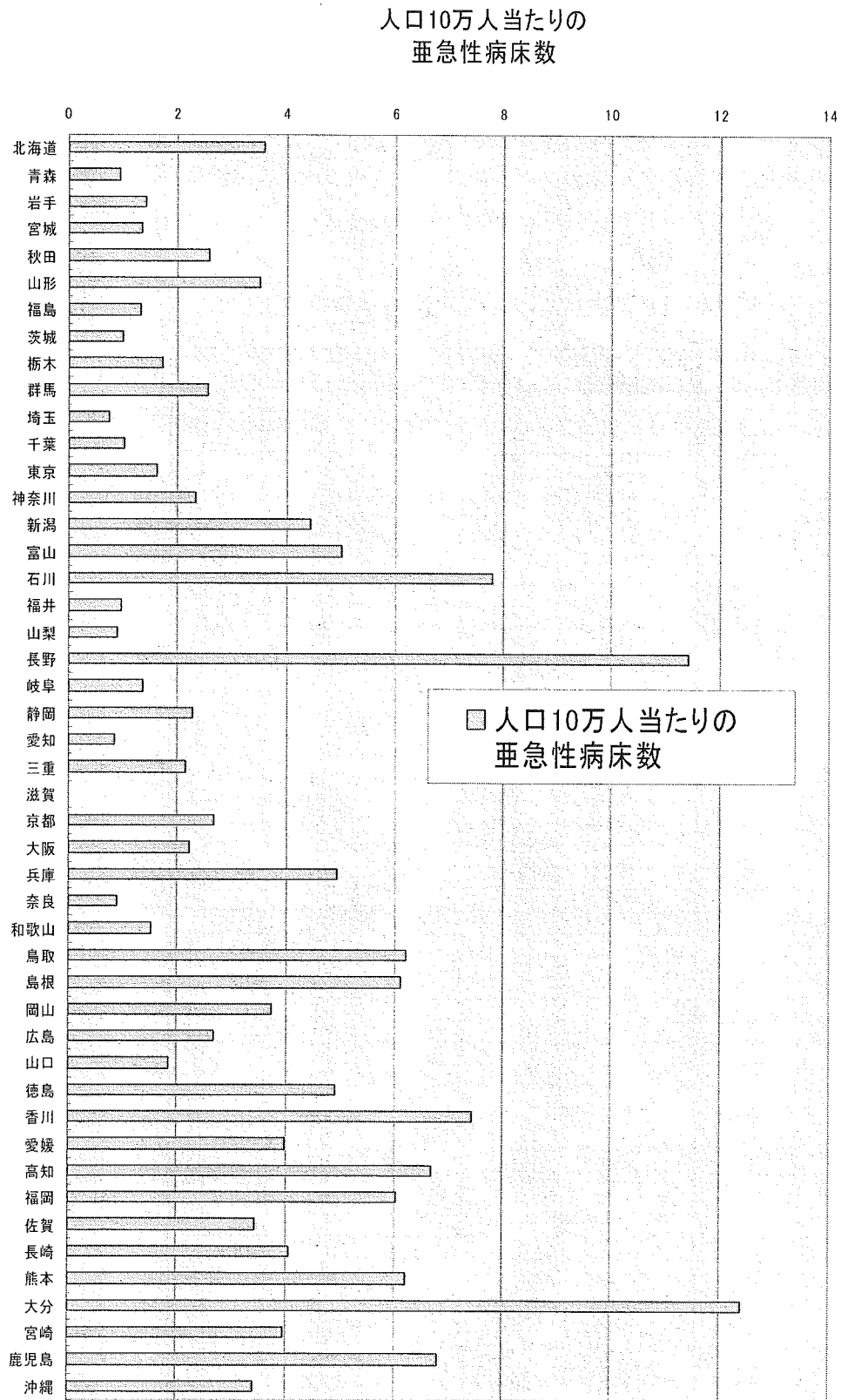
### 1. 亜急性病床の全体像

平成16年7月1日時点で、亜急性病床を有する医療機関が全国で324、総亜急性病床数が3684床、人口10万人当たりの亜急性病床数3.1床である。(表1)は、平成16年7月1日における県別の亜急性病床を有する医療機関数、亜急性病床数、人口10万人当たりの亜急性病床数を示す。表より滋賀県には亜急性病床が存在しないこと、大分県、長野県、石川県、香川県の順に人口10万人当たりの亜急性病床数が多いことがわかる。また次ページの(図1)に、県別の人口10万人当たりの亜急性病床数を占めず棒グラフを示す。

表1：亜急性期入院医療管理料届出状況報告書（平成16年7月1日現在）

都道府県名	亜急性病床を有する医療機関数	亜急性入院医療管理料にかかる病床数	亜急性入院医療管理料にかかる病床数	人口10万人当たりの亜急性病床数
北海道	16	29	203	3.59
青森	2	2	14	0.96
岩手	2	2	20	1.43
宮城	4	5	32	1.35
秋田	3	3	30	2.57
山形	3	7	43	3.50
福島	3	4	28	1.33
茨城	3	5	30	1.00
栃木	1	1	35	1.74
群馬	5	7	52	2.56
埼玉	5	5	52	0.74
千葉	8	10	62	1.03
東京都	18	22	199	1.62
神奈川県	15	16	202	2.33
新潟	9	13	109	4.43
富山	2	7	56	5.01
石川	6	6	92	7.80
福井	1	1	8	0.97
山梨	1	1	8	0.90
長野	15	24	253	11.42
岐阜	4	6	29	1.37
静岡県	8	10	87	2.29
愛知県	9	11	61	0.85
三重	3	3	40	2.15
滋賀	0	0	0	0
京都	6	7	71	2.69
大阪府	19	25	197	2.23
兵庫県	27	37	276	4.94
奈良	1	1	13	0.91
和歌山	2	3	16	1.52
鳥取	4	5	38	6.22
島根	3	4	46	6.11
岡山	8	10	73	3.74
広島	8	13	77	2.68
山口	2	4	28	1.85
徳島	4	4	40	4.90
香川県	6	7	76	7.45
愛媛	6	12	59	3.98
高知	6	6	54	6.69
福岡	27	36	305	6.04
佐賀	3	3	30	3.44
長崎	6	7	61	4.06
熊本	11	12	115	6.20
大分	9	11	151	12.40
宮崎	4	6	46	3.95
鹿児島	11	15	121	6.82
沖縄	5	9	46	3.41
全国計	324	437	3684	3.07

図1: 県別人口10万人当たりの亜急性病床数



2. 今回の亜急性調査対象病院の集計結果

2. 1. 今回の調査対象病院の概要

i) 所在地

以下の（図表2-1-1）に、今回の調査対象病院の所在地（都道府県）を示す。兵庫県と熊本県の医療機関の比率が高い。

図表2-1-1：今回の調査対象病院の所在地

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

ii) 開設者

以下の（図表2-1-2）に、今回の調査対象病院の開設者を示す。31の調査対象病院のうち、24病院（77%）が医療法人立であり、病院全体の開設者別比率と比べても医療法人立の比率が高い。

図表2-1-2：調査対象病院の開設者

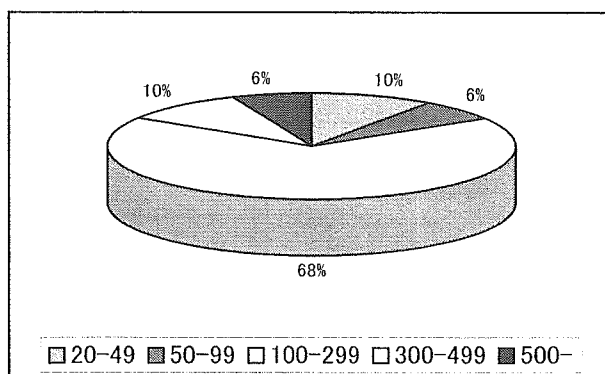
開設者内容	調査病院数	割合%
公的医療機関のうちの市町村	2	6%
公的医療機関のうちの厚生連	1	3%
社会保険関係団体のうちの健康保険組合及びその連合会	1	3%
医療法人	24	77%
その他の法人？	1	3%
個人	1	3%
不明	1	3%
	31	100%

### iii) 調査対象病院の病床規模

以下の（図表2-1-3）に、今回の調査対象病院の病床規模を示す。100床から299床の中規模の病院が68%を占めた。調査対象全病院の平均は、214.9床であった。

図表2-1-3：今回の調査対象病院の病床規模

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	

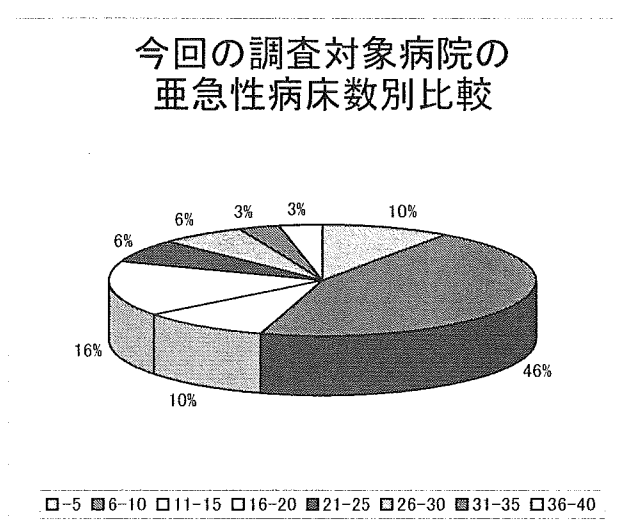


### iv) 調査対象病院の亜急性病床数

以下の（図表2-1-4）に、今回の調査対象病院の亜急性病床規模を示す。6床から10床の病院が45%を占めた。調査対象全病院の平均は、14.5床であった。

図表2-1-4：今回の調査対象病院の亜急性病床規模

亜急性病床数	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	

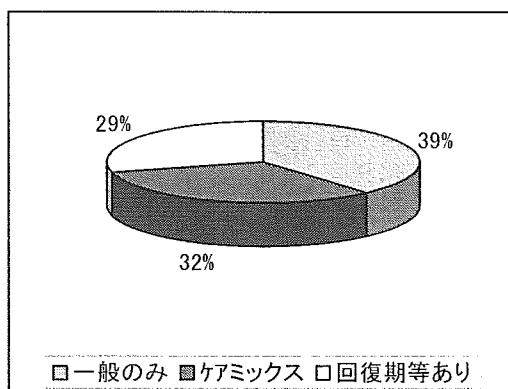


v) 調査対象病院の病床区分からみた特性

以下の（図表2-1-5）に、今回の調査対象病院の病床区分からみた特性を示す。全ての病床が一般病であり「一般のみ」病院が12施設、療養病床と一般病床を併設している「ケアミックス」の病院が10施設、回復期リハビリテーションや特殊疾患病床を併設している「回復期などあり」病院が9施設であった。今回の調査対象には、療養病床と回復期リハ病棟などを併設している病院は、なかった。

図表2-1-5：今回の調査対象病院の病床区分からみた特性

カテゴリー	病院数	%
一般のみ	12	39%
ケアミックス	10	32%
回復期等あり	9	29%
計	31	100%



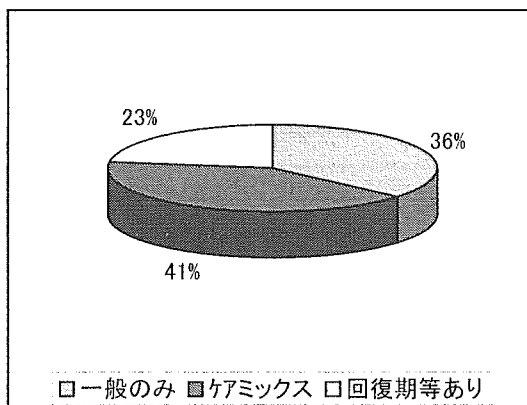
vi) 調査対象病床における病院特性格別病床数

以下の（図表2-1-6）に、今回の調査対象病床における病院特性格別病床数を示す。全ての病床が一般病である「一般のみ」病院の病床数が163床（36%）、療養病床と一般病床を併設している「ケアミックス」病院の病床数が184床（41%）、回復期リハビリテーションや特殊疾患病床を併設している「回復期などあり」病院の病床数が102床（23%）であった。

病院数に比べケアミックス病院の病床が占める比率が高いことより、ケアミックス病院は亜急性を導入するとき、他の施設群より多くの病床を亜急性病床に転換する傾向がある。

図表2-1-6：今回の調査対象病院の病床区分からみた特性

カテゴリー	亜急性病床数	%
一般のみ	163	36%
ケアミックス	184	41%
回復期等あり	102	23%
計	449	100%



## 2. 2. 今回の調査対象患者の概要

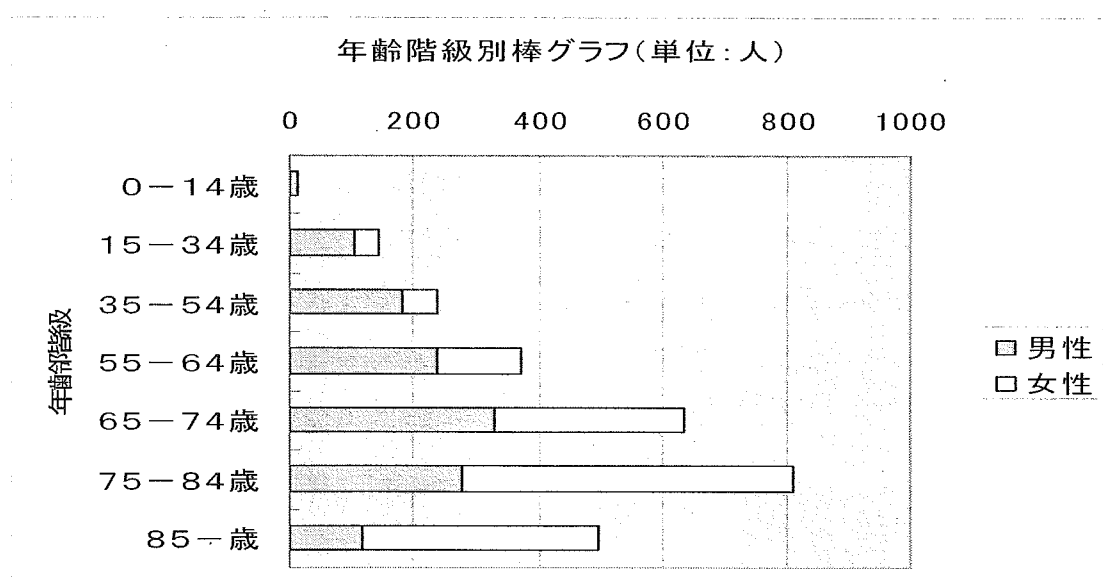
### i) 年齢・性別

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うかがわれる。

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%

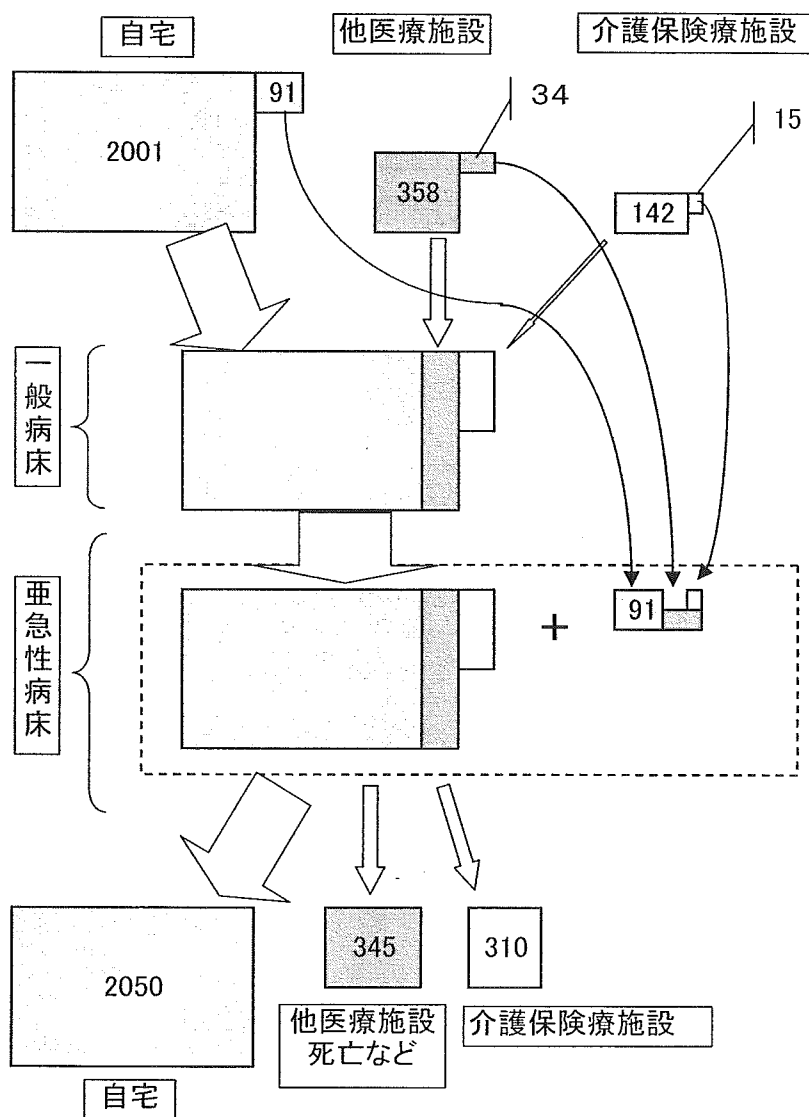


iii) 患者の流れ図

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、この両者で入院患者の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>	<b>1796</b>	<b>72.8%</b>				
	人数	%				
1. 集中的なリハビリを必要とする状態である	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%
	人数	%				
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、	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%				
	人数	%				
<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>	<b>231</b>	<b>9.4%</b>				
	人数	%				
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%				
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	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%				
	人数	%				
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%				
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%				
	人数	%				
<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>	<b>440</b>	<b>17.8%</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%
	II a	2	4	7	9	12	11	16	5	2	2	70	3%
	II b	2	2	8	8	20	19	31	14	7	1	112	4%
	III a	0	0	1	5	6	30	47	21	19	0	129	5%
	III b	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%