

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 |     |     |     |     |     |     |    |     |     | 合計   |      |
|-----------|------|-------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|----|-----|-----|------|------|
|           |      | 自立          | J1  | J2  | A1  | A2  | B1  | B2  | C1 | C2  | 不明  |      |      |
| 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<br>16% | 1100<br>45% | 208<br>9%  | 1698<br>70%  |
| 軽度 (ⅠとⅡ) | 9<br>0%    | 283<br>12%  | 157<br>6%  | 449<br>19%   |
| 重度 (ⅢⅣM) | 1<br>0%    | 43<br>2%    | 229<br>9%  | 273<br>11%   |
| 合計       | 400<br>17% | 1426<br>59% | 594<br>25% | 2420<br>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

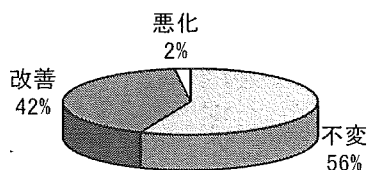
以下の（図表2-6-1）に、今回の調査対象患者の亜急性病床転入時と転出時の患者の寝たきり度の変化を示す。上の表の対角線上の色の付いた部分は、転入時と転出時の寝たきり度のレベルが変化していない。この右上の領域は、例えば「転入時：自立→転出時：J1」など、レベルが低下したことを示す。逆に対角線の左下の領域は、「転入時：J1→転出時：自立」など、レベルが改善したことを示す。下の表とグラフは、転入時と転出時に寝たきり度の判定が行なわれた2467件に対して、対角線上（寝たきり度変化無し）を不変、対角線の左下（寝たきり度改善）を改善、対角線の右上（寝たきり度低下）を悪化としてカウントした患者数とその比率を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

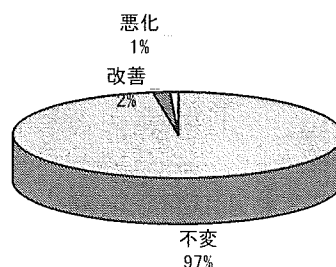
以下の(図表2-6-2)に、今回の調査対象患者の亜急性病床転入時と転出時の患者の痴呆度の変化を示す。上の表の対角線上の色の付いた部分は、転入時と転出時の痴呆度のレベルが変化していない。この右上の領域は、例えば「転入時：痴呆なし→転出時：Ⅰ」など、レベルが低下したことを示す。逆に対角線の左下の領域は、「転入時：Ⅰ→転出時：痴呆なし」など、レベルが改善したことを示す。下の表とグラフは、転入時と転出時に寝たきり度の判定が行なわれた2430件に対して、対角線上(痴呆度変化無し)を不変、対角線の左下(痴呆度改善)を改善、対角線の右上(痴呆度低下)を悪化としてカウントした患者数とその比率を示す。97%の患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  |      |      |     |
| 亜急性<br>病床<br>転入時<br>痴呆度 | 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  | 3   | 270  | 10%  |     |
|                         | Ⅱa   | 0           | 5   | 61 | 1   | 2   | 0  | 0  | 0  | 0   | 69   | 3%   |     |
|                         | Ⅱb   | 0           | 1   | 3  | 103 | 4   | 0  | 0  | 0  | 1   | 112  | 4%   |     |
|                         | Ⅲa   | 0           | 0   | 3  | 6   | 106 | 3  | 2  | 0  | 5   | 125  | 5%   |     |
|                         | Ⅲb   | 0           | 0   | 1  | 3   | 5   | 41 | 3  | 0  | 4   | 57   | 2%   |     |
|                         | Ⅳ    | 0           | 0   | 0  | 3   | 5   | 1  | 86 | 0  | 2   | 97   | 4%   |     |
|                         | M    | 0           | 0   | 0  | 0   | 0   | 0  | 0  | 11 | 0   | 11   | 0%   |     |
|                         | 不明   | 0           | 0   | 0  | 0   | 1   | 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

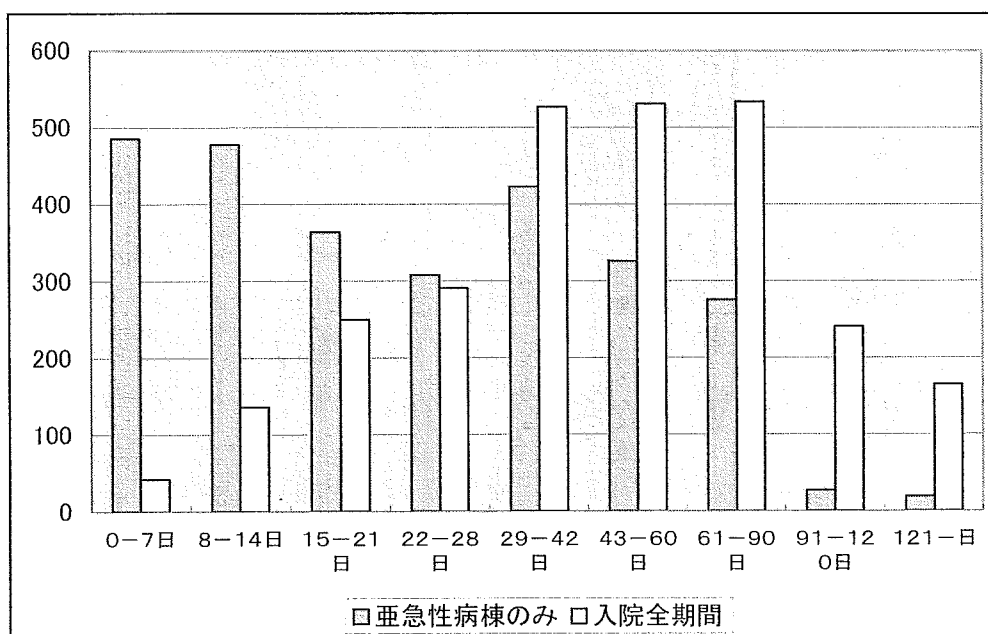
### i) 亜急性病床に入院した患者の亜急性病床と全入院の入院日数分布

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<br>日 | 8-1<br>4日 | 15-<br>21日 | 22-<br>28日 | 29-<br>42日 | 43-<br>60日 | 61-<br>90日 | 91-<br>120日 | 121<br>-日 | 欠損値  | 平均<br>日数 |
|-------------|----|----------|-----------|------------|------------|------------|------------|------------|-------------|-----------|------|----------|
| 亜急性病<br>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<br>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% |          |

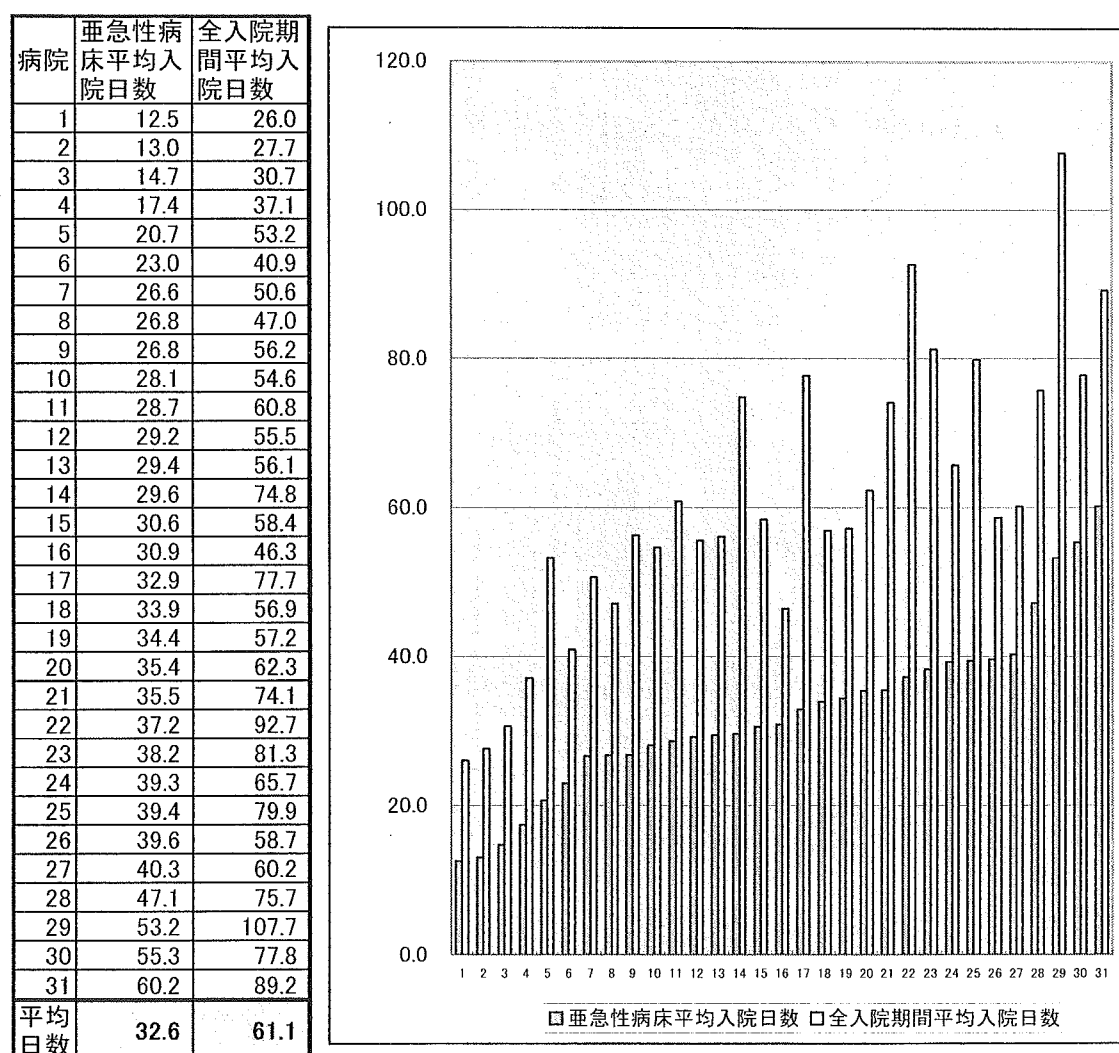


ii) 亜急性病床に入院した患者の病院別の亜急性病床と全入院の入院日数

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。

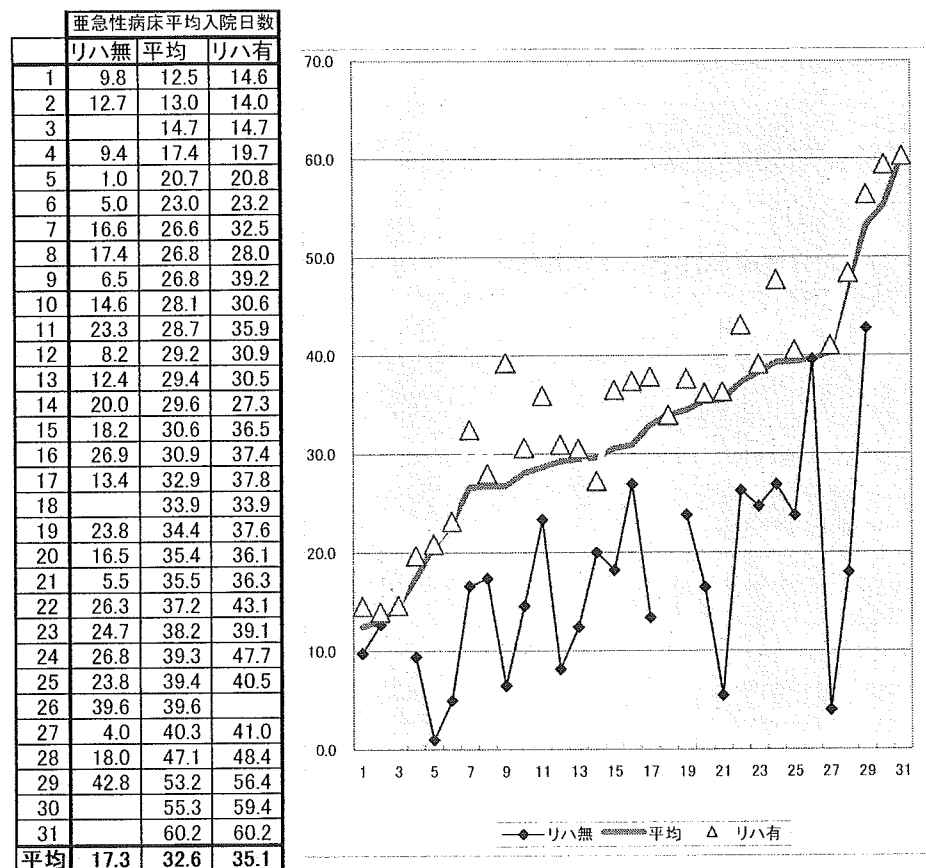
図表2-7-3) 調査対象患者のリハビリ実施・未実施

|      |     | 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

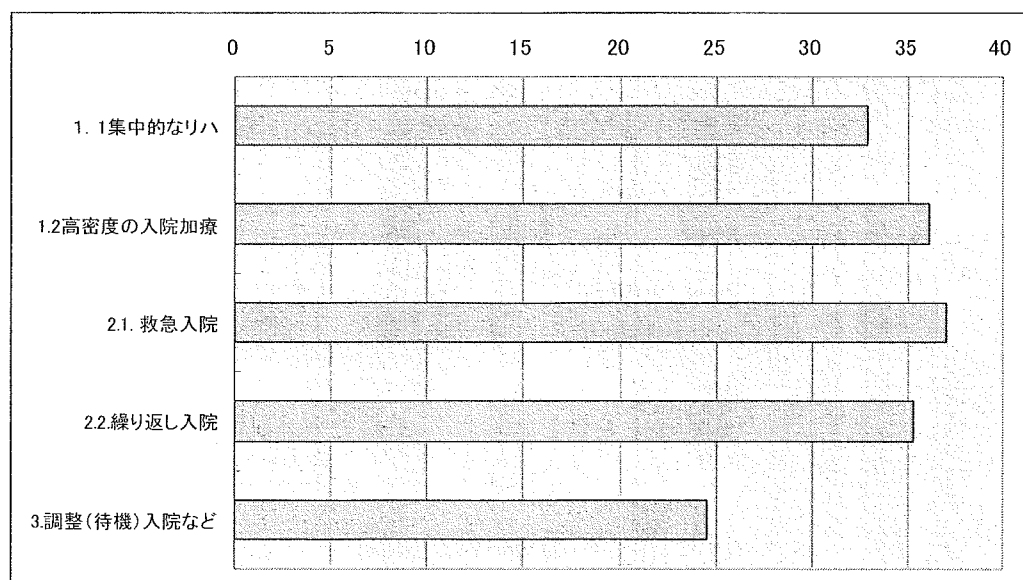
以下の（図表2-8-1）に、今回の調査対象患者のケースミックス別患者数、全入院期間、亜急性入院期間、平均年齢を示す。また（図表2-8-2）に、ケースミックス別亜急性入院期間をグラフ化した。

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）

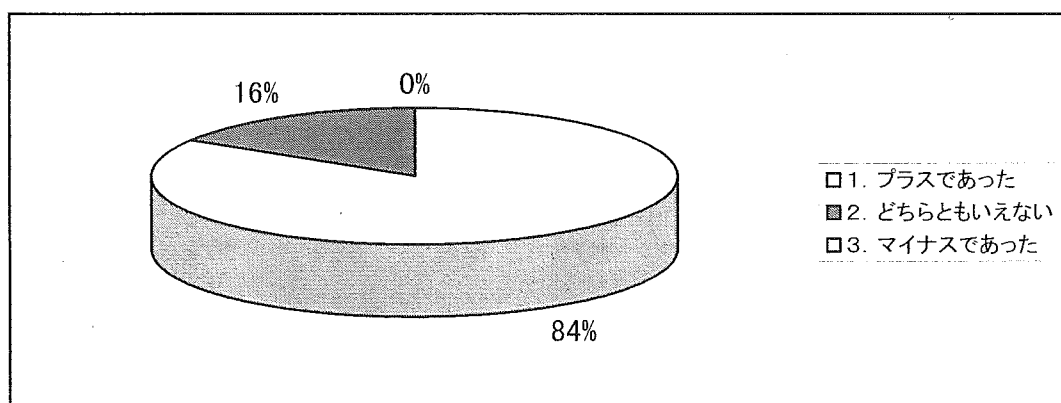
以下に、今回の調査時に病院の管理者（理事長、または院長）に対して行なった亜急性病棟の評価に関するアンケート結果を示す。

#### 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。

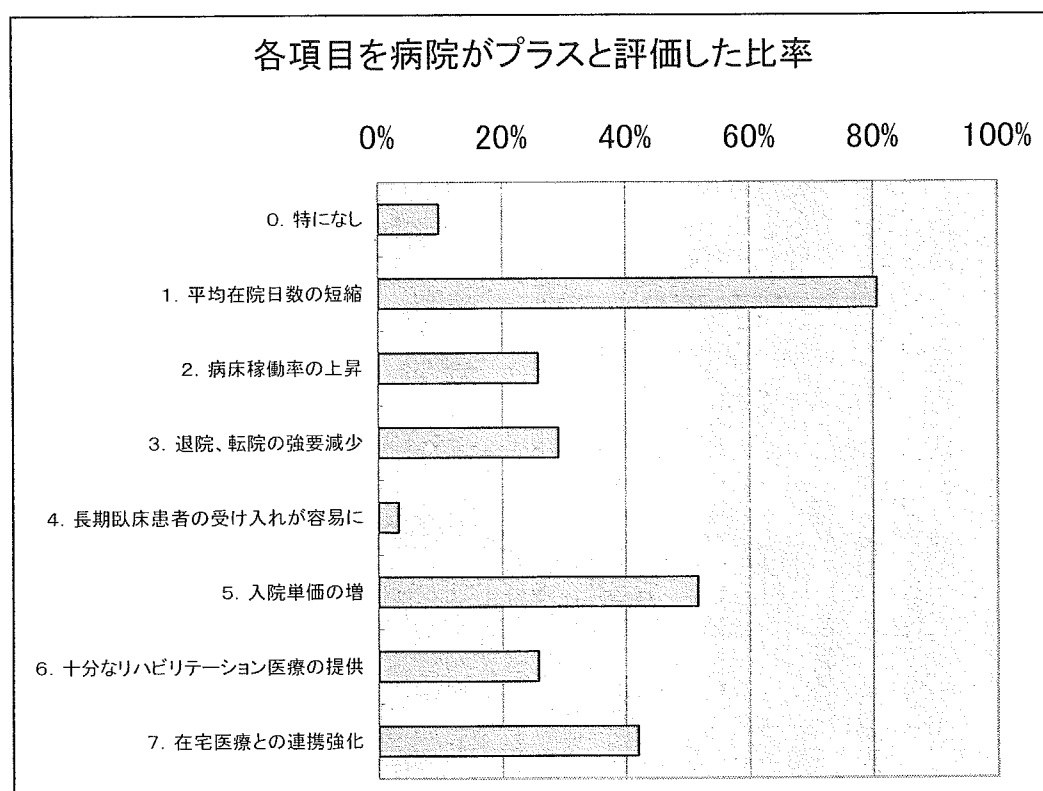
「1. 平均在院日数の短縮」を評価した病院が81%、「5. 入院単価の増」を評価した病院が52%あった。病院のプラス評価項目をまとめると、管理者から見た場合の亜急性病棟のプラスは、

- (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) 十分なリ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. 十分なリ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。

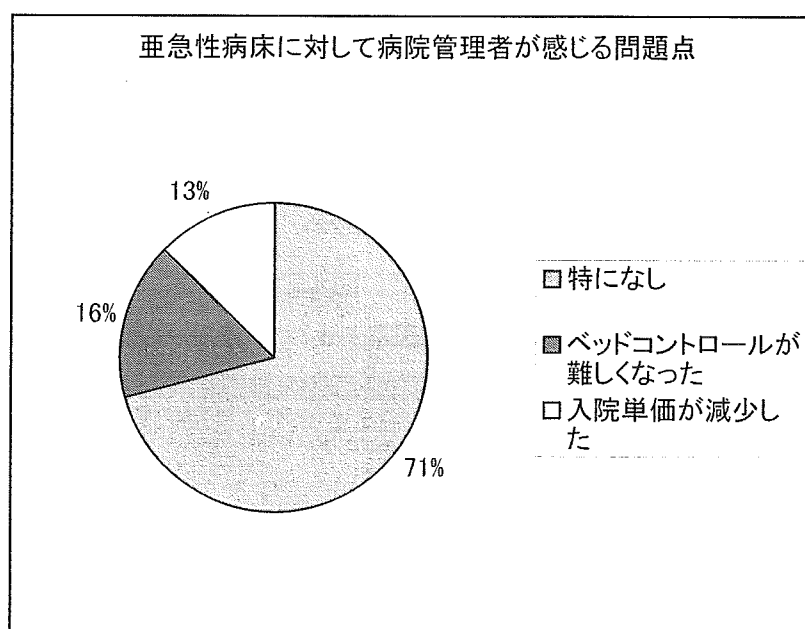
「0. 特になし」と評価した病院が71%を占めた。一方、「6. 入院単価の減」と評価した病院が10%あり、その理由として「7. 包括枠が広い」ので、出来高払いの範囲を広げて欲しいというコメントが1件寄せられた。また、項目1から5の項目が関連する「ベッドコントロール」が難しくなるというニュアンスの回答を行なった病院が5病院（16%）あった。問題点の項目をまとめると、管理者から見た場合の亜急性病棟のマイナスは、

- (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%    |



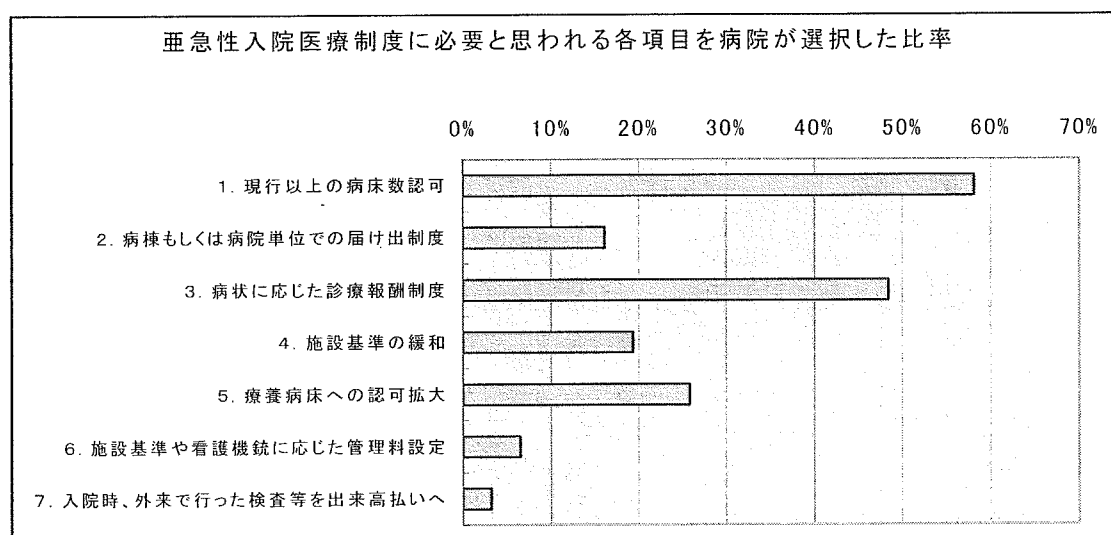
3. 4. 「問4 今後の亜急性入院医療制度に必要と考えられるもの（重複解答可）」集計以下の（図表3-3）に、「今後の亜急性入院医療制度に必要と考えられるもの（重複解答可）」の集計結果を示す。

「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. 入院中の複数診療が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

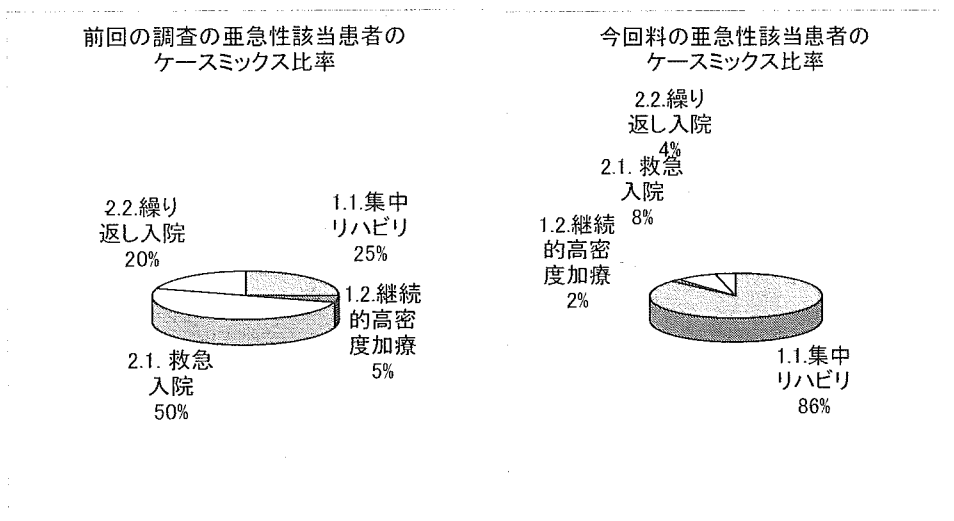
前回の調査では地域一般病床を意識し前頁に示した亜急性対象の患者が数多く入院していると思われる病棟を対象に、今回の調査は亜急性入院医療管理料を算定している病床を退院した患者を対象にしている。また前回の調査は、12月の第三週のある調査日に調査対象病床に入院している全患者を調査対象とし、今回の調査では2004年4月から12月の間に亜急性病床を退院した患者を調査対象としている。

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.集中的なリ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ある | 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(集中的なリ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)



## 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、亜急性病床に転床している。

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。

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

平成17年度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、説明変数に挙げた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。

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。