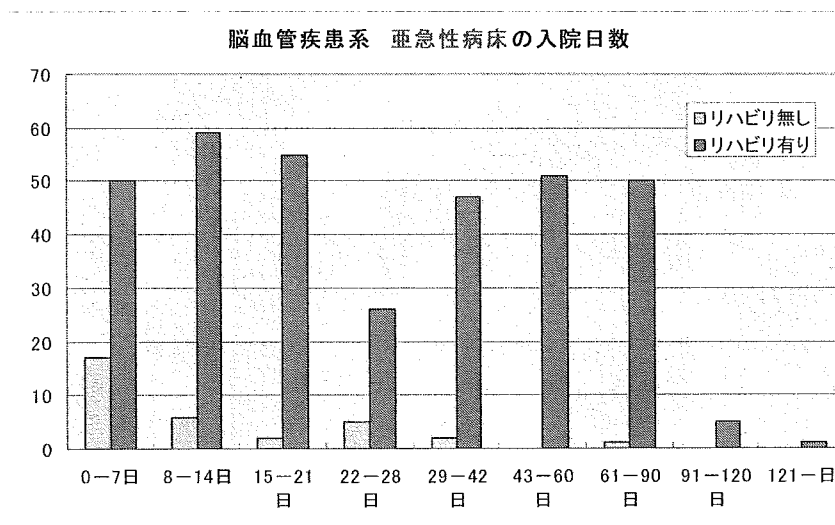


以下の表13と図15は、「脳血管疾患系」の亜急性病床のリハビリ有無に分けた場合の入院日数分布表である。リハビリを実施している患者は、1～2週間の間と1ヵ月半から3ヶ月の間に2峰性の分布を示している。また、リハビリを行っていない患者は入院期間1週間以内が最も多く、全体の平均を見ても、「12.8日」とリハビリ実施患者の半分以下の日数しか在床していないという結果になっている。

表13

脳血管疾患系	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	平均(日)
急性病床 在院日数(リハ無)	17	6	2	5	2	0	1	0	0	12.8
急性病床 在院日数(リハ有)	50	59	55	26	47	51	50	5	1	32.8

図15



C.2.5-2 寝たきり度*認知度（亜急性転床時）

「骨折系」の患者と「脳血管疾患系」の患者をリハビリの実施・未実施で更に4群に分けてみた時に、亜急性病床に入床してきた時の患者状態を以下に示す。ここでは

「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）と「痴呆性老人の日常生活自立度判定基準（認知度）」という指標を使用している。この判定基準詳細については巻末に参考資料として示す。

表14は「骨折系」の患者をリハビリ有無に分けて、「寝たきり度*認知度」を表したものである。リハビリを行っていない患者を見ると、認知症はほとんど認められず、移動自立していて、寝たきりの人が少ないことが分かる。リハビリを行なっているのは、不安定歩行・寝たきりの患者に多い。

表14

骨折系 (リハ無)	移動自立	不安定歩行 (JとA)	寝たきり (BとC)	合計
痴呆無し	6 46.2%	4 30.8%	1 7.7%	11 84.6%
軽度(IとII)	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
重度(IIIIVM)	0 0.0%	1 7.7%	1 7.7%	2 15.4%
合計	6 46.2%	5 38.5%	2 15.4%	13 100.0%

骨折系 (リハ有)	移動自立	不安定歩行 (JとA)	寝たきり (BとC)	合計
痴呆無し	59 8.4%	244 34.7%	192 27.3%	495 70.3%
軽度(IとII)	2 0.3%	28 3.5%	82 11.6%	112 15.9%
重度(IIIIVM)	0 0.0%	26 3.7%	71 10.1%	97 13.8%
合計	61 8.7%	298 42.3%	345 49.0%	704 100.0%

表15は「脳血管疾患系」の患者の「寝たきり度*認知度」をリハビリ有無で分けたものである。リハビリ未実施者の特徴として、「移動自立」と「痴呆無し」の合計がリハビリ実施者と比較して多いことが分かる。また、それに対してリハビリを実施している患者は「寝たきり (BとC)」の患者が多いことが読み取れる。

表15

脳血管疾患系 (リハ無)	移動自立	不安定歩行 (JとA)	寝たきり (BとC)	合計
痴呆無し	7 23.3%	11 36.7%	3 10.0%	21 70.0%
軽度(IとII)	1 3.3%	1 3.3%	2 6.7%	4 13.3%
重度(IIIIVM)	0 0.0%	0 0.0%	5 16.7%	5 16.7%
合計	8 26.7%	12 40.0%	10 33.3%	30 100.0%

脳血管疾患系 (リハ有)	移動自立	不安定歩行 (JとA)	寝たきり (BとC)	合計
痴呆無し	13 4.4%	75 25.3%	78 26.4%	166 56.1%
軽度(IとII)	2 0.7%	30 10.1%	31 10.5%	63 21.3%
重度(IIIIVM)	2 0.7%	14 4.7%	51 17.2%	67 22.6%
合計	17 5.7%	119 40.2%	160 54.1%	296 100.0%

D 考察

【2疾患群ごとの特徴】

《骨折系》

母数の上で今回の調査対象患者の疾患として、最も多かったものが「骨折」（整形外科系疾患）である。骨折で入院してきた患者の平均年齢は「68.2歳」と、高齢者が多い。また男女別・年齢別に見ると、男性は分布の仕方が正規分布に近い形の分布で、平均年齢も「55.3歳」と若年者層も多いことを示すのに対し、女性は圧倒的に高齢者が多く、これは高齢社会の進展と共に、老人骨折は増加傾向にあることを示している。特に高齢女性の骨折が多いのは、多くの女性が65歳以上の閉経後の骨粗鬆症になり易い体質が大きく影響しているものと考えられる。平均在院日数は、「入院期間全体」を見ると、全体（56.1日）と骨折系（56.6日）のものを比較してもほぼ同じと言える。しかし、「亜急性病床」のみの在院日数を見ると、全体（29.6日）・骨折系（34.5日）とやや骨折系と分類された患者の入院期間が長い。これは入院の目的に関係していると考えられる。骨折系の患者が亜急性病床に入床してきた目的の9割が、「集中的なリハビリ」を必要としているためである。骨折系の患者の亜急性病床平均在院日数が、全体の亜急性病床平均在院日数よりも長いことは、この集中リハビリを行っていることに関係していると考えられる。

《脳血管疾患系》

骨折に次いで多かった疾患が「脳血管疾患」である。年齢分布では男女差はあまり無いが、男女比は「骨折系」の患者と逆の比率になっていて、疾患の特徴が表れているといえる。平均在院日数の特徴は「亜急性病床」のみの在院日数分布である。これは「骨折系」同様に、入院目的が関係しているといえる。入院目的で77%がリハビリ目的であるが、15%の割合で入院加療が必要であるとする患者もいる。リハビリ以外で入院をする場合、在院日数の調整が考えられる。「脳血管疾患系」の亜急性病床在院日数は2峰性であり、調整入院のものとリハビリ目的入院のものが考えられる。脳血管疾患でも種類や重症度によって、発症後の時期が同じでも患者の状態は様々であるので、リハビリ実施についても各患者の容態に合わせて行う必要があるといえる。

《リハビリ有無による2群の比較》

特徴的なのは、「亜急性病床」のみの在院日数である。リハビリ有の患者は2疾患とも2峰性に分布をしている。「骨折系」の方は後半の峰が比較的多いことから、「脳血管疾患系」の患者よりも、リハビリの日数が多くかかっていると考えられる。実際の入院目的も、「骨折系」患者は9割が集中リハビリを目的としているので、それは明らかである。また「脳血管疾患系」の患者は「骨折系」と比較してみると、前半の峰が多い。「脳血管疾患系」の入院目的も8割と大半を占めているが、同じリハビリでも全体の在院日数の調整と

して、転床させているケースがあると考えられる。亜急性病床転床時の「寝たきり度*認知度」を踏まえて考えると、リハビリを行っている患者は「寝たきり度」の状態はあまり差がないが、「認知度」の場合は「脳血管疾患系」が重度の患者が多く見られる。「脳血管疾患系」は認知症の後遺症も考えられることから、「骨折系」よりも認知度が高めであるといえる。リハビリを行っていない患者は、疾患が重度のためリハビリを行えないという場合と、逆に軽度な状態であり、在院日数の調整入院として転床したという場合が考えられる。

これらのように、現在の「亜急性病床」の患者像は非常に「回復期リハビリテーション病棟」の患者と重なっている部分がある。回復期と異なるのは入院適応条件が限定されておらず、回復期リハ病棟に条件漏れしてしまう患者でも入ることが出来ることである。そのため、同じ機能を持つこの「亜急性病床」に似たような患者が多く入院している。稲田晴生⁴⁾は、実際のところ回復期リハビリテーションの定義というのは曖昧であり、回復期リハビリテーション病棟の対象として「発症3ヶ月以内で、入院後6ヶ月まで」と定義しているため、この時期に施行されるリハビリを指していることになるかと述べている。亜急性期・回復期の病状期は非常に不明確であり、定義しにくいいため、今後病状期区分による病床機能分化を行っていく上で、こうした患者の状態像を明確にし、定義していくことが必要であると考えられる。

E. 結論

亜急性病床入院患者の高い比率を誇る2疾患系の特性は、以下のようにまとめられる。

《骨折系》

女性は圧倒的に高齢者が多く、人数も男性をこれは高齢社会の進展と共に、老人骨折は増加傾向にあることを示している。特に高齢女性の骨折が多いのは、多くの女性が65歳以上の閉経後の骨粗鬆症になり易い体質が大きく影響しているものと考えられる。

《脳血管疾患系》

脳血管疾患系の患者は男性が多い。脳血管疾患でも種類や重症度によって、発症後の時期が同じでも患者の状態は様々であるため、リハビリ実施についても各患者の容態に合わせて行う必要があるといえる。

亜急性病床の在院日数が、リハビリ有無により有意差が認められた。リハの有無で分けた病床入院時の「認知度」は骨折系よりも脳血管疾患系の方がやや重く、後遺症の影響が考えられる。亜急性期・回復期の病状期は非常に不明確であり、定義しにくいいため、今後病状期区分による病床機能分化を行っていく上で、こうした患者の状態像を明確にし、定義していくことが必要であると考えられる。

※ 引用文献

- 1) 橋本洋一郎、寺崎修司、米原敏郎～、他：「回復期リハビリテーション病棟」新しいシステムと運営の仕方；「7-2 急性期病院から回復期リハビリテーション病棟への期待と注文」， pp114, 2003.
- 2) 栗原正紀、和田恵美子：「回復期リハビリテーション病棟」新しいシステムと運営の仕方；「9-2 回復期リハビリテーション病棟」， pp148, 2003
- 3) 高橋泰・猪口雄二・安藤高朗：「亜急性病床に関する調査報告書」（2005年3月31日）， p1.
- 4) 稲田晴生：「脳卒中のリハビリテーション」<リハビリテーション MOOK No.2>；金原出版株式会社， p82, 2001.

※ 参考文献

- (1) 高橋泰・猪口雄二・安藤高朗：「亜急性状態に該当する患者に関する緊急調査中間報告書」（2004年1月23日）
- (2) 編集＝日本リハビリテーション病院・施設協会，全国回復期リハビリテーション病棟連絡協議会：「回復期リハビリテーション病棟」新しいシステムと運営の仕方；三輪書店，2003.
- (3) 千野直一・安藤徳彦・大橋正洋～、他：「脳卒中のリハビリテーション」<リハビリテーション MOOK No.2>；金原出版株式会社，58－101, 2001.
- (4) 米本恭三・石神重信・石田暉：JOURNAL OF REHABILITATION 別冊「リハビリテーション クリニカルパス実例集」；医歯薬出版株式会社，12－15・76－79, 2001.
- (5) 近藤克則：「特集 回復期リハビリテーション病棟」；総合リハビリテーション(2004)第32巻，305－311.
- (6) 問川博之、正門由久、木村彰男～、他：主要疾患のリハビリテーション・プロセス「脳卒中－急性期から自宅復帰まで－」；総合リハビリテーション(1997)第25巻，905－914.
- (7) 原田孝、遠藤剛、鶴岡広～、他：「骨折の基本知識」；総合リハビリテーション(1998)No.7，621－624.
- (8) 松林孝王：「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(1998)No.7，641－643.

慢性期入院医療における包括的評価指標の開発

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

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

A. 研究目的

今年度は、研究最終年である3年目にあたる。研究2年目で亜急性病床の全国調査で亜急性病床の現状を評価し、また調査で使用した亜急性病床に入院している患者の区分が、定性的ではあるが、病床の現状把握に有効であることを確かめた。

そこで研究3年目は、2年目の調査で使用した亜急性患者区分を回復期の病棟でも使用し、(1) 亜急性病床と回復期リハビリテーション病棟に入院している患者の比較を行なう

(2) 定量的データを用いて亜急性患者区分の評価を行なうことを目的とした。

当初、亜急性病床を有する5病院以上、回復期リハビリテーション病棟を有する5病院以上で、病院情報システムやレセプト作成システムのエクスポート機能を利用して情報を取り出し、データを作成することを計画していた。しかし実際にトライアルを行なったところ当初の計画のように情報を取り出すことが技術的に困難であることが判明し、多数の病院から電子的に診療情報を取り出すことを断念した。そこで当初の予定を変更し、オーダーリングシステムを介して作成した診療日ごとの診療内容(診療単価と回数)に関する情報を紙で打ち出し、その情報を手入力し、解析データを作成する方針に変更した。当初は人手を介さず電子的な情報収集を主に考えていたので、10病院程度の調査を計画していたが、紙で打ち出された情報の手入力が発生することになり、対象病院を2つに絞ることとした。

今年度の調査の最終目標は、上記のプロセスを経て作成したデータを使用して、

(1) 2病院に入院した亜急性病床と回復期リハビリテーション病棟に入院している患者の比較を行なう

(2) 定量的データを用いて2年目の調査で使用した亜急性患者区分を亜急性病床・回復期病棟で使用情况の評価を行なう

こととした。

B. 方法

熊本県熊本市のオーダーリングシステムを有し、かつ亜急性病床と回復期リハビリテーション病棟を有する2病院(A病院、B病院)を調査対象病院とした。平成17年1月1日から12月31日の間に「入院を行い、退院を完了した患者」を調査対象とし、

- ・ A 病院 亜急性病床を退院した患者
回復期リハビリテーション病棟を退院した患者
- ・ B 病院 亜急性病床を退院した患者
回復期リハビリテーション病棟を退院した患者
一般病床を退院した患者

を抽出し、各患者の以下に示すデータの作成を各病院に依頼した。

病院より提供を受けたデータは、

- (1) 次ページの(図表 1)(図表 2)に示す調査用紙を用いて収集した患者の病状に関するデータ
- (2) 一般病床に入院してから亜急性病床・回復期リハビリテーション病床を退院するまでの入院日ごとの診療内容(診療単価と回数)に関する情報(紙に打ち出したもの)

である。

(図表 1)に示す調査用紙を用いて、患者特性に関するデータ(性別・年齢など)、入退院に関するデータ(入院先・入院日、退院先・退院日など)、主病名・副傷病名、入院時と退院時の寝たきり度・認知度などを収集した。

また(図表 2)に示す調査用紙を用いて今回有効性を検証するケースミックス区分である「亜急性患者区分」に関するデータを収集した。また今回の調査表では、脳血管疾患と脊髄損傷が同一の区分としてデータ収集を行なったが、今回の調査対象病院では、脊髄損傷の患者数が非常に多かったため、解析の段階では、病名情報などから脳血管障害患者と脊髄損傷患者を別区分として扱った。

亜急性病床・回復期リハビリテーション病棟に入院している患者の場合、入院費と診療費用は、包括払いであるので、包括部分は、レセプト上一定額が支払われる。一方、リハビリテーションの費用は、出来高で支払われる。今回の調査目的は、「亜急性患者区分」の有効性を検証することであるので、診療内容の多寡(資源消費量)により診療報酬が上下する必要があるため、少なくとも診療報酬が、出来高ベースで示される必要がある(理想的には、各診療内容により発生するコストベース)。そこで紙ベースで提供された診療内容に関するデータは、診療日ごとの診療行為ごとの診療単価と回数をマイクロソフト・エクセルのスプレッドシートに再度手入力し、入院日ごとの出来高ベースの入院点数を計算し、入院費、診療費(検査と治療)、リハビリ費用を出来高ベースで算出した。また同時に、入院日ごとの費用の推移を表すグラフを作成した。この作業は、膨大な手間を要し、1例1時間以上の時間を要した。

上記(1)及び(2)のデータを組み合わせ、患者の状態像の解析や、ケースミックス区分と診療内容や医療費の関係を SAS ver.8 を用いて、解析した。

(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。

患者識別番号 _____ 年齢 _____ 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)

入院経路 (1. 自宅から、 2. 介護保険施設 (イ 介護療養、 ロ 老健、 ハ 特養、 ニ その他)
3. 他院から (A 済生、 B 市民、 C 医療セ、 D 日赤、 E 中央 F 大学 G その他 ()
4. その他)
他院からの場合 (α 一般病床から、 β 医療療養病床から、 γ その他)

発症や手術から入院(入所)までの期間
(1. 同時・直後 2. 2週間以内 3. 1ヶ月以内 4. 3ヶ月以内 5. 半年未満 6. 半年以上 7. 不明)

入院(入所)時における退院(退所)の見込み
1. 原則、在宅復帰する。
2. 利用者本人の改善状況等によっては、在宅復帰の可能性もある。
3. 在宅復帰は困難。
4. 判定不能

入院期間	・一般病床(以下以外)	月	日	～	月	日	(日間)
	・回復期リハ病床	月	日	～	月	日	(日間)
	・特殊疾患病床	月	日	～	月	日	(日間)
	・亜急性病床	月	日	～	月	日	(日間)
	・医療療養病床	月	日	～	月	日	(日間)
	・介護療養病床	月	日	～	月	日	(日間)

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 _____

副傷病名1 _____ 副傷病名2 _____

入院時障害老人の日常生活自立度 _____ (J1～C2、自立の場合0を記入)
(不明の場合は、「不明」と記入)
入院時認知症老人の日常生活自立度 _____ (I～M、痴呆がない場合0を記入)

(病床区分が変わる病床の移動を行なった場合：2回以上動いた場合、最初の)

転床時障害老人の日常生活自立度 _____ (J1～C2、自立の場合0を記入)
(不明の場合は、「不明」と記入)
転床時認知症老人の日常生活自立度 _____ (I～M、痴呆がない場合0を記入)

(退院時)

退院日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

退院先 (1. 自宅から、 2. 介護保険施設 (イ 介護療養、 ロ 老健、 ハ 特養、 ニ その他)
3. 他医療施設 (施設名 _____)、 4. その他 (_____)
5. 死亡まで)

(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) _____ (J1～C2、自立の場合0を記入)
(不明の場合は、「不明」と記入)
退院時認知症老人の日常生活自立度 _____ (I～M、痴呆がない場合0を記入)

(図表 1：患者調査用紙 1)

入院時の状況: 1.1~2.3に関しては(0または1)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) 急性期病棟からの患者の受け入れ

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)

↓ 「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)

↓ 「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

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)

↓ 「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・外傷などの治療のための入院
- ④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)

↓ 「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)

2.3 慢性疾患の増悪等、一時的に医療必要度が高まる状態である

(0. いいえ、 1. はい)

↓ 「はい」の場合、以下のどの状態に合致しますか

- ①脳梗塞再発作
- ②増悪と寛解を繰り返す肺炎
- ③慢性疾患の状態悪化や脱水
- ④高齢者特有の骨折の合併
- ⑤その他(以下に状況を記載してください)

(図表 2: 患者調査用紙)

C. 結果

C.1 対象

(1) 対象病棟

(図表3)に、今回の病院別・病床種別の症例数を示す。A病院からの亜急性病床94症例、回復期病床77症例、合計171症例、B病院から一般病床63症例、亜急性病床97症例、回復期病床80症例、合計240症例が今回の解析対象である。

対象患者数

	一般	亜急性	回復期	合計
病院A	0	94	77	171
病院B	63	97	80	240
合計	63	191	157	411

(図表3：今回の病院別・病床種別の症例数)

(2) 対象患者の特性

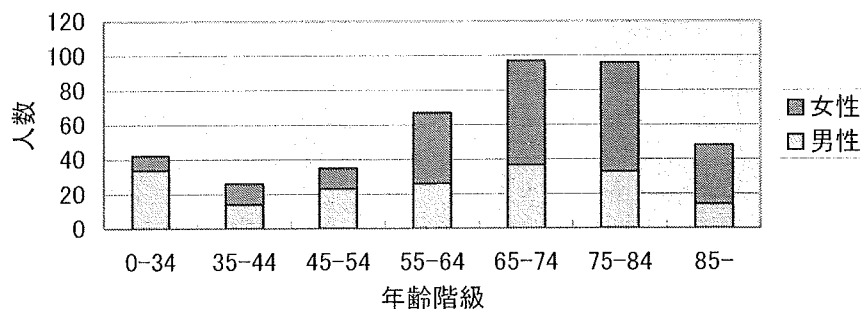
(i) 年齢性別

(図表4)に、今回の調査対象者の年齢階級別・性別の症例数を示す。男性が181例、女性が230例であった。男性は65-74歳にピークがあり、平均年齢57.3歳、女性は75-84歳にピークが見られ、平均年齢69.4歳であり、全体の平均年齢は64.1歳であった。

研究2で示したように、高齢女性の骨折が多いことが、女性の平均年齢を押し上げている最大の要因となっている。

	年齢階級							合計	平均年齢
	0-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75-84	85-		
男性	34	14	23	26	37	33	14	181	57.3
女性	8	12	12	41	60	63	34	230	69.4
合計	42	26	35	67	97	96	48	411	64.1

調査対象者の年齢・性別分布



(図表4：調査対象者の年齢階級別・性別の症例数)

(ii) 調査対象者の居住地

(図表5)に、今回の調査対象者の居住地を示す。同一二次医療圏内で41%であり、別の市町村だが同一の二次医療圏内が56%を占めるので、今回の対象病院には熊本県全域から広く患者が集まっている。

調査対象者の住所

1:同一の区市町村内	104	26%
2:別の市町村だが同一の二次医療圏内	59	15%
3:別の二次医療圏内だが、同一の都道府県内	226	56%
4:別の都道府県	13	3%
5:不明	2	0%
合計	404	100%

欠損データ 7

(図表5：調査対象者の居住地)

C.2. 入退院について

(i) 入院先 (どこから入院してきたか)

(図表6)に、今回の調査対象者の入院先 (どこから入院してきたか)を示す。自宅からの入院が279例(69%)を占める。一方熊本は地域連携が盛んな地域であり、五大病院と言われる急性期病院(済生会病院 19例、市民病院 11例、医療センター 2例、日赤病院 35例、中央病院 6例)からの転院が78例、大学病院から転院が4例、他の一般病床からの転院が 39例と、他の一般病床からの転院が29%を占めることが、大きな特徴といえる。

どこから入院してきたか

自宅から	279	69%
老健	7	2%
特養	3	1%
済生会病院から転院	19	5%
市民病院から転院	11	3%
医療センターから転院	2	0%
日赤病院から転院	35	9%
中央病院から転院	6	1%
大学病院から転院	4	1%
他の一般病床から	39	10%
他の医療療養病床から	1	0%
その他	1	0%
合計	407	100%

欠損データ 4

(図表6：今回の調査対象者の入院先 (どこから入院してきたか))

(ii) 入院（入所）時における退院（退所）の見込み

（図表7）に、入院入院（入所）時における退院（退所）の見込みを示す。「1：原則、在宅復帰する。」が349例、「2：利用者本人の改善状況等によっては、在宅復帰の可能性もある。」が29例であり、92%が在宅復帰を目指している。

この2病院には、基本的に在宅復帰を目指している患者が集まっていることを示している。

入院(入所)時における退院(退所)の見込み	人数	%
1:原則、在宅復帰する。	349	85%
2:利用者本人の改善状況等によっては、在宅復帰の可能性もある。	29	7%
3:在宅復帰は困難。	31	8%
4:判定不能	1	0%
合計	410	100%

（図表7；入院入院（入所）時における退院（退所）の見込み）

(iii) 退院先

（図表8）に退院先を示す。（図表7）に示すように、原則在宅復帰と改善状況等によっては、在宅復帰の可能性が92%という結果と一致し、88%が自宅に退院している。更に、老健に移ったケースの一部も在宅へ戻る可能性がある。

退院先

退院先	人数	%
1:自宅	360	88%
3:他医療施設	13	3%
6:介護療養	6	1%
7:老健	14	3%
8:特養	6	1%
9:その他	2	0%
不明	9	2%
合計	410	100%

（図表8：退院先）

(iv) 入院先・退院先

(図表9) に、入院先と退院先を示す。

数は多くないが、「老健」から入院してきた患者7名が「老健」戻り、「特養」から入院してきた患者3名も全員「特養」に戻っている。自宅から入院してきた患者も自宅へ戻る比率が高く、96% (=267/278) が家に戻っている。

一方病院から送られてきた116例のうち、病院へ戻ったのは9.5% (=11/116) にすぎない。逆に病院→在宅のケースは76% (=88/116) である。

この図も、今回の調査対象2病院には、基本的に在宅復帰を目指している患者が集まっていることを示している。

入院先・退院先

どこから来たか (入院先)	退院先							合計
	1: 自宅	3: 他医療施設	6: 介護療養	7: 老健	8: 特養	9: その他	不明	
自宅から	267	2	2	3		1	3	278
老健				7				7
特養					3			3
済生会病院から転院	16		1				2	19
市民病院から転院	9	1	1					11
医療センターから転院	2							2
日赤病院から転院	24	3	1	4	1	1	1	35
中央病院から転院	5		1					6
大学病院から転院	2	1					1	4
他の一般病床から	30	5			2		2	39
他の医療療養病床から		1						1
その他	1							1
合計	356	13	6	14	6	2	9	406

(図表9: 入院先と退院先)

C3. 入院期間

(図表 10) に、病院別、病床区分別入院期間を示す。表のトータルとは、「一般病床＋亜急性・回復期」入院日数であり、2 行目（トータル(一般のみ除く)）が、一般病床から亜急性・回復期を経て退院にした患者の入院期間の分布を示す。

グラフは、トータル(一般のみ除く) と亜急性・回復期の入院期間の分布を示す。トータルは 43～49 日に、亜急性・回復期は 22～28 日にピークがある。

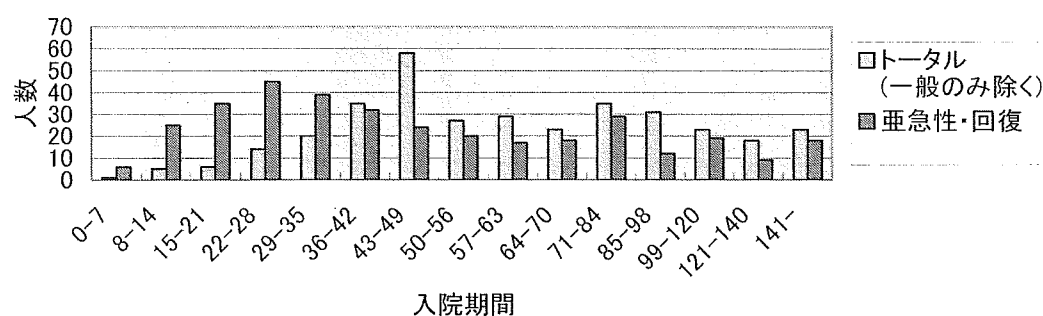
下段の表は、亜急性病床と回復期リハビリテーション病棟の平均入院日数を示す。両病院ともに、

亜急性の平均入院日数 < 回復期リハビリテーション病棟の平均入院日数

であり、回復期を入院期間の長い疾患（患者）に割り当てていることが推察される。

	入院日数															合計	平均
	0-7	8-14	15-21	22-28	29-35	36-42	43-49	50-56	57-63	64-70	71-84	85-98	99-120	121-140	141-		
トータル (一般のみ含む)	20	16	19	25	22	37	61	27	29	24	35	32	23	18	23	411	61.7
トータル (一般のみ除く)	1	5	6	14	20	35	58	27	29	23	35	31	23	18	23	348	69.6
亜急性・回復	6	25	35	45	39	32	24	20	17	18	29	12	19	9	18	348	53.0

トータル(一般＋亜急性・回復)と亜急性・回復期リハ入院期間分布



	患者数	トータル 入院日数		亜急性・回復期リハ 入院日数		
		平均	標準偏差	平均	標準偏差	
亜急性病床 入院	合計	191	56.1	23.7	35.2	19.2
	病院A	94	58.5	21.4	33.9	18.1
	病院B	97	53.7	25.6	36.5	20.3
回復期リハ 病棟入院	合計	157	86.0	48.5	74.7	47.3
	病院A	77	70.0	40.7	59.5	39.3
	病院B	80	101.3	50.7	89.4	49.6

(図表10：病院別、病床区分別入院期間)

C4 入院時と退院時の寝たきり度の推移

(i) 全体

(図表 11) に、入院時と退院時の寝たきり度（障害老人の日常生活自立度判定基準）の推移を示す。上の表の対角線上の色の付いた部分が入院時と退院時の寝たきり度が変化しなかった症例（例；入院時 J 1 → 退院時 J 1）の数を示す。また対角線の左下は、例えば入院時：J 1 → 退院時：自立のように、状態が改善した症例数を示している。逆に対角線の右上は、例えば入院時：J 1 → 退院時：J 2のように、状態が悪化した症例数を示している。

今回の対象では、50%が不変（対角線上）、44%が改善（対角線の右下の合計）、6%が悪化という結果であった。機能が改善して自宅復帰するケースも40%以上あるが、逆に40%以上の症例は機能が不変、または悪化で在宅に戻っている。

入院時 * 退院時寝たきり度推移(全体)

		退院時									合計
		自立	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2	
入院時	自立	23				1	1				25
	J1	3	37	3	3	2	2				50
	J2		14	46		4	1	2			67
	A1	1	10	13	16		2		1		43
	A2		4	9	5	27	3				48
	B1		3	11	10	9	18				51
	B2		2	6	8	2	5	12		1	36
	C1	1	5	5	6	6	6	4	6		39
	C2		1	3	6	2	9	10	1	20	52
	合計	28	76	96	54	53	47	28	8	21	411

	不変	改善	悪化	合計
人数	205	180	26	411
%	50%	44%	6%	100%

(図表 11：入院時と退院時の寝たきり度の推移)

(ii) 亜急性病床と回復期リハビリテーション病床の比較

(図表 1 2) に、病床区分別の入院時と退院時の寝たきり度の推移を示す。上段は亜急性病床を退院した患者の推移を、下段の図は、回復期リハビリテーション病棟を退院した患者の状態推移を表す。

亜急性病床は改善が 34%であるのに対し、回復期の改善の比率が 66%もあり、回復期に入院する患者の方が、寝たきり度改善の可能性が高い。また最重度の C の比率が、亜急性性が 10.4% (=20/191) であるのに対し、回復期病棟には 41% (=64/157) もいるので、回復期により寝たきり度の低い患者が入院している。

t 検定を用いて亜急性病床と回復期リハビリテーション病棟の改善率を比較すると、 $P < 0.0001$ で有意に回復期リハビリテーション病棟が高いことが確かめられた。

入院時 * 退院時寝たきり度推移(亜急性病床)

		退院時								合計	
		自立	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1		C2
入院時	自立	17					1				18
	J1		22	1	2	2	2				29
	J2		11	33		3	1	1			49
	A1		4	8	5		1				18
	A2		1	6	3	15	1				26
	B1		1	4	4	2	13				24
	B2			2	2		1	5			10
	C1		1	3	3	1	2				10
	C2			2	1		1	2		1	7
合計	17	40	59	20	23	23	8	0	1	191	

	不変	改善	悪化	合計
人数	111	65	15	191
%	58%	34%	8%	100%

入院時 * 退院時寝たきり度推移(回復期リハビリテーション病棟)

		退院時								合計	
		自立	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1		C2
入院時	自立	1									1
	J1		3	1	1						5
	J2		1	3		1					5
	A1	1	5	5	4		1				16
	A2		3	2	2	10	2				19
	B1		1	7	5	7	4				24
	B2		1	4	6	2	4	5		1	23
	C1	1	4	1	3	4	4	4	5		26
	C2		1	1	5	2	8	8	1	12	38
合計	3	19	24	26	26	23	17	6	13	157	

	不変	改善	悪化	合計
人数	47	103	7	157
%	30%	66%	4%	100%

(図表 1 2 : 病床区分別入院時と退院時の寝たきり度の推移)

C5 入院時と退院時の認知度の推移

(図表13)に、入院時と退院時の認知度(痴呆性老人の日常生活自立度判定基準)の推移を示す。前節「C4」の寝たきり度と同様に、対角線上の色の付いた部分が入院時と退院時の認知度が変化しなかった症例(例;入院時I→退院時I)の数を示す。また対角線の左下は状態が改善した症例数を示し、右上は状態が悪化した症例数を示している。

まず入院時の状況が自立である人が、81%(=332/410)であった。また95%が、入院時と退院時の状態が不変であり、入院時と退院時の認知度に差が見られないケースが大半を示している。

		0	11	21	22	31	41	51	99	
		自立	I	II a	II b	III	IV	M	不明	合計
入院時	自立	324	4	1	2				1	332
	I	1	22					1		24
	II a	1	2	7						10
	II b		1		7					8
	III	1	1	1	2	8		1		14
	IV						6			6
	M				1			5		6
	不明							1	9	10
	合計	327	30	9	12	8	6	8	10	410

	不変	改善	悪化	合計
人数	388	12	10	410
%	95%	3%	2%	100%

(図表13:入院時と退院時の認知度の推移)

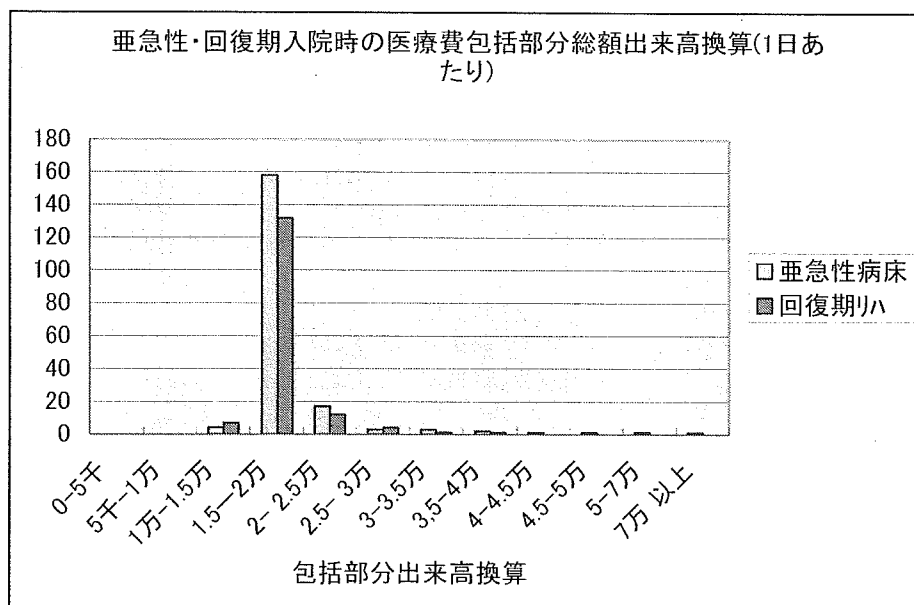
C6 病棟種別の（入院費＋検査処置料）の出来高換算医療費の分布

（図表14）に、病棟種別の（入院費＋検査処置料）の出来高換算医療費の分布を示す。入院医療費を、入院料、検査処置料、リハビリ料にわけて考えた場合、亜急性病床、回復期リハビリテーション病棟ともに、入院費と検査処置費に相当する部分は包括払いであり、回復期リハビリテーション病棟では1日当たり16800円、亜急性病床では20500円が支払われている。今回の調査の目的の一つは、この部分の妥当性を評価することであり、診療内容より各症例の包括部分の出来高ベースの支払額を算出した。

（図表14）に示すように、殆どケースが1.5万から2.0万円に集中する分布を示している。亜急性病床の平均値が19399円、回復期リハの平均値が18039円であり、特に回復期の分散が2982円と小さい。

亜急性・回復期入院時の医療費包括部分総額出来高換算(1日あたり)

	0-5千	5千-1万	1万-1.5万	1.5-2万	2-2.5万	2.5-3万	3-3.5万	3.5-4万	4-4.5万	4.5-5万	5-7万	7万以上	合計	平均	SD
合計			11	290	29	7	4	3	1	1	1	1	348	18786	7123
亜急性病床			4	158	17	3	3	2	1	1	1	1	191	19399	9193
回復期リハ			7	132	12	4	1	1					157	18039	2982



（図表14：病棟種別の（入院費＋検査処置料）の出来高換算医療費の分布）