

病院NO	事例NO	団体	医療機関名	病院規模	所在地(県)	所在地(市町)	病床数(床)	事例のポイント	取組の種類	地域連携バス、地域ネットワーク等	別途提出資料
41	60	済生会	飯塚嘉穂病院	200床未満	福岡県	飯塚市	198	平成26年5月より一般病棟を回復期リハ病棟に転換(44床)。平成27年5月より一般病棟の一部を地域包括ケア病床として開設。飯塚病院との情報交換会、週1回の空床状況の連絡。飯塚医師会を中心に飯塚医療圏2市、1町を5ブロックに分け、地区の軸となる病院を中心に医師会、行政、消防本部、介護施設(ケアマネージャ)、開業医等で「地域包括ケアシステム」構築に向けた連絡協議会を設置。	院外の広範囲な職種や団体との連携 院内の病棟再編・新病棟の設置 病院-病院連携	—	無
42	61	済生会	唐津病院	200床未満	佐賀県	唐津市	193	平成26年7月より在宅医療連携推進事業への在宅医療連携拠点事業のグループ活動窓口施設として活動開始。当院を拠点として、市内108の内科・歯科診療所、福祉施設等と支援体制を構築。平成28年4月より病床の再編、新病棟の開設(一般病床163床、療養30床に再編し、急性期の新病棟を開設)。脳神経外科医を増員し、急性期脳血管疾患の診療体制を構築。	院内の病棟再編・新病棟の設置 病院-病院連携 病院-診療所・施設等連携	—	無
43	62	済生会	熊本病院	400床以上	熊本県	熊本市	400	各病棟の診療科混合化と重症度別再編を促進するために、専門診療科以外の病棟を使用できる流動性が高い患者を明確化。看護師に患者病態把握と病床管理の権限を委譲し、どの診療科にも対応できる看護師育成のための教育に取り組む。急性期後の患者がよりスムーズに地域の一般急性期、回復期、地域包括ケア病棟などに転院できるよう、後方連携の強化に取り組む。	院内の病棟再編・新病棟の設置 病院-病院連携 病院-診療所・施設等連携 看護師の配置換え等	脳卒中地域連携バス(以下、脳卒中連携バス) 大腿骨頭部骨折地域連携バス(以下、大腿骨連携バス) 転院が多い連携先の空床情報を集め、最適な転院先を確保するシステム	有(急性期後の地域医療連携資料)
44	63	済生会	日田病院	200~399床	大分県	日田市	204	西部医療圏における病床機能の分化及び連携を見据え、また、これまでの当院の病床の運用状況から病床機能の再構築を図る。全体の病床数を変えずに、新たに地域包括ケア病床40床、緩和ケア病棟14床に再編。	院内の病棟再編・新病棟の設置	—	無
45	64	JCHO	相模野病院	200~399床	神奈川県	相模原市	212	平成26年8月より、一般急性期病棟の1病棟(34床)を地域包括ケア病棟に転換。一般急性期病棟については回転率を上げ、地域包括ケア病棟では稼働率を上げることに主眼を置き対策を講じた。	院内の病棟再編・新病棟の設置	—	無
46	65	JCHO	中京病院	400床以上	愛知県	名古屋市	663	名古屋市内南区にある12病院(急性期病院、回復期病院、精神科病院)による地域包括ケアシステムを円滑に構築するため情報交換や、病院と在宅医療の連携を図る目的で開催。	院外の広範囲な職種や団体との連携 病院-病院連携 病院-診療所・施設等連携	大腿骨地域連携バス、脳卒中地域連携バス、肺がん連携バス、胃がん地域連携バス他	無
47	66	JCHO	熊本病院	200~399床	熊本県	八代市	342	地域医療支援病院および急性期病院として紹介手術の増加など、高度急性期として機能と連携を強化。県のがん拠点病院としてがん連携バス「私のカルテ」を使用し、病院間の連携を図る。病診連携会を年1回実施。各診療科医師の紹介、新任医師によるレクチャー、紹介・逆紹介率の報告、意見交換等を通して連携。	院外の広範囲な職種や団体との連携 病院-病院連携 病院-診療所・施設等連携	がん連携バス「私のカルテ」	無

病院NO	事例NO	団体	医療機関名	病院規模	所在地(県)	所在地(市町)	病床数(床)	事例のポイント	取組の種類	地域連携バス、地域ネットワーク等	別途提出資料
48	67	全自病	砂川市立病院	400床以上	北海道	砂川市	けん	地域包括ケア病棟の開設し、当該病棟の地域的な必要性と当院が地域で果たすべき役割等を勘案し、1病棟を地域包括ケア病棟へ転換し、当地域の医療体制に幅ができた。診療情報等を、各医療機関(医科・歯科)、調剤薬局、訪問看護ST、介護保険事業所、市保健センター、市介護福祉課、消防などがリアルタイムに参照できるシステムを構築し、地域(市内)での医療介護連携の強化を図る。	院外の広範囲な職種や団体との連携 病院-病院連携 病院-診療所・施設等連携	—	無
49	68	全自病	八戸市立市民病院	400床以上	青森県	八戸市	608	地域の医療機関が定期的に集まる機会を設置し、検討会を通じて地域連携バスを作成し、運用を行う。	病院-病院連携 病院-診療所・施設等連携	脳卒中連携バス、大腿骨頸部骨折バス、がん地域連携バス	無
50	69	全自病	岩手県立中央病院	400床以上	岩手県	盛岡市	685	今後、地域連携の強化を見据えて、退院調整看護師及びMSWの増員を予定している。	看護師等の大きな配置換え、新たな職員(職種)の確保	脳卒中連携バス、大腿骨頸部骨折バス、がん地域連携バス	無
51	70	全自病	青梅市立総合病院	400床以上	東京都	青梅市	562	平成22年5月地域連携診療計画管理料算定を行うことを目的として、院内で取組みを開始。脳卒中、地域連携計画管理料の施設基準を届出し、平成22年11月1日より算定開始。患者の紹介や転院、逆紹介などが適切に行われるよう、脳卒中を発症した全ての患者に使うことができる脳卒中地域連携用クリティカルバスを目指す。	病院-病院連携	西多摩脳卒中地域連携クリティカルバス	無
52-1	71	全自病	公立陶生病院	400床以上	愛知県	瀬戸市	701	地域連携バスを運用し、急性期医療機関から回復期医療機関等を経て、早期に自宅復帰できるよう関係医療機関で役割分担を共有した診療計画を作成し、患者が安心して治療を受けられるような地域完結型医療を推進する。	病院-病院連携	尾張東部大腿骨頸部骨折地域連携バス、尾張東部脳卒中地域連携バス、5大がん術後地域連携バス	無
52-2	72	全自病	公立陶生病院	400床以上	愛知県	瀬戸市	701	瀬戸旭医師会が在宅医療連携推進拠点事業の補助事業者に指定。平成26年2月から瀬戸・尾張旭地区を中心としたこの地域の医療・介護関係団体との情報共有と今後の地域包括ケアの構築に関する協議を目的として「瀬戸旭在宅医療介護連携推進協議会」を設立し、地域における様々な問題について多職種で毎月協議。(病院からも参画している)	病院-診療所・施設等連携	地域でのICT電子@連絡帳「もーやっこネットワーク」が導入され、当院でも利用者を増やし、在宅移行患者に利用している。	無
53	73	全自病	市立ひらかた病院	200~399床	大阪府	枚方市	335	市内の医師会、病院協会、歯科医師会、公的5病院が協力して、地域医療ネットワークを構成する取り組みを開始。平成27年12月に協議会を立ち上げ、公的4病院間、あるいは公的4病院と市内の病院、診療所との間で、ICTを活用した患者情報の共有化を企画。今後は枚方市外への運用も視野に入れている。	病院-病院連携 病院-診療所・施設等連携	—	無
54-1	74	全自病	島根県立中央病院	400床以上	島根県	出雲市	679	平成24年4月、地域医療連携担当の看護師を構成員として「地域医療連携看護師会議」を発足。医療機関の地域連携を担う部門の看護師が連携し、継続看護の充実と看護に質の向上を図る。顔の見える関係を構築して連携の強化、看護の質の向上を図る。また、地域連携看護学習会開催地域の在宅スタッフや施設等職員と顔の見える関係を作り、地域の看護師等に当院で実施している看護ケアを理解してもらう活動も推進。	病院-病院連携 病院-診療所・施設等連携	—	無

病院NO	事例NO	団体	医療機関名	病院規模	所在地(県)	所在地(市町)	病床数(床)	事例のポイント	取組の種類	地域連携バス、地域ネットワーク等	別途提出資料
54-2	75	全自病	島根県立中央病院	400床以上	島根県	出雲市	679	圏域の9つの医療機関のMSW等が毎月1回会議を開催し、各病院の体制、病床の稼働状況、待機状況等の情報交換を行い、効率的な連携を推進。介護施設や市介護保険担当部署との意見交換の場を持ち、それぞれの機能や役割、実際の運用等について、医療機関と地域関係機関の相互理解を進めている。	院外の広範囲な職種や団体との連携	—	無
54-3	76	全自病	島根県立中央病院	400床以上	島根県	出雲市	679	地域連携バスの運用についての報告	病院-病院連携 病院-診療所・施設等連携	脳卒中連携バス、がん連携バス、緩和ケア連携バス	無
55	77	全自病	徳島県立中央病院	400床以上	徳島県	徳島市	460	急性期病院として、在宅医療を推進している診療所医師や訪問看護師、ケアマネージャー、保健師などと、顔の見える関係を構築するため、講演会、WSを継続的に実施。医師会、看護協会を訪問し、急性期病院が地域包括ケアにどのように貢献するのかについて、情報交換を実施。	病院-診療所・施設等連携	—	無
56	78	全自病	福岡市民病院	200~399床	福岡県	福岡市	204	地域医療支援病院の役割を果たすために、「かかりつけ医」との役割分担及び連携をし、紹介患者に最適な医療の提供や医療機器等の共同利用を推進している。また、医師及び地域医療連携室による開放型登録医への定期的な訪問を行い、地域の医療機能・医療ニーズを把握。地域の医療従事者に対して、オープンカンファレンス等の研修会を実施。また、多職種協働によるチーム医療(脳卒中中等への病病連携)を推進し、病院相互の医療の質向上を図る。	病院-病院連携 病院-診療所・施設等連携	福岡市医師会方式脳卒中地域医療連携バス、福岡市医師会方式大腿骨頸部骨折地域医療連携バス	有(連携バス連絡会)
57	79	全自病	公立多良木病院	200床未満	熊本県	多良木町	199	医師が不足の為、27年10月より一般病棟の1病棟を休床し、残り病床の一部を地域包括ケア病床に再編	院内の病棟再編・新病棟の設置	がん連携バス「私のカルテ」	無

【地域事例班①】 地域連携を基本とした疾患における熊本県の急性期、
亜急性期医療需要予測

研究分担者 副島 秀久（済生会熊本病院 院長）

研究分担者 町田 二郎（済生会熊本病院 副院長）

研究要旨

急性期、亜急性期の医療需要傾向を把握した上で、各診療プロセスの課題を見出す次の研究に繋げるために独自の方法での急性期、亜急性期医療需要予測を試みた。日本の地域別将来推計人口から、熊本県の推計患者数＝都道府県別男女年齢階級別人口 10 万対受療率（入院）×市町村別男女年齢階級別人口推計、にて主要疾患の入院受療数を推測し、これを都道府県別傷病別平均在院日数で除して主要疾患 1 日発生数を推計した。更に 2010 年の主要疾患 1 日発生数を基準値として今後何件増減するかを推測した。また 1 日発生数の増減数×済生会熊本病院平均在院日数により今後必要とされる熊本県の急性期追加必要病床数を、1 日発生数の増減数×済生会熊本病院からの転院率×亜急性期平均在院日数により熊本県の亜急性期追加必要ベッド数を推計した。その結果熊本県では 2030 年まで脳血管疾患、骨折、悪性新生物の入院需要が増加したあと徐々に減少に転じることがわかった。これに呼応して 2030 年までは 300 床の急性期病床と 6,000 床の亜急性期病床数需要が見込まれ、その後は減少に転じることが推測された。今後は医療プロセスの見直しが課題と思われた。

A. 研究目的

一般病床の医療需要は地域医療連携の進んだ地域とそうでない地域では異なると思われる。熊本県という地域医療連携、病床機能分化の進んだ地域における急性期、亜急性期入院医療需要予測を試みる。本研究では他の予測方法と比較してより精度の高い予測を試みることを目的ではない。急性期、亜急性期の医療需要傾向を把握した上で、各診療プロセスの課題を見出す次の研究に繋げることに真の目的がある。

をせず急性期病床として統一する。厚生労働統計における平均在院日数データでは、診療報酬上の病床区分に関するデータがなく、また連携パスでも受け入れ病床の区別に関する情報がないため、急性期の次に転院する病床を亜急性期病床とするが、これは診療報酬上の分類である回復期病床、地域包括ケア病床、一般病床を指し、本報告では Post Acute 機能を意味する名称として使用する。慢性期病床とは療養病床、介護施設等を意味する。

B. 研究方法

1. 用語

本報告では高度急性期、急性期病床の区別

2. 研究方法

急性期病院における必要病床数は当該疾患の一日患者発生数 (Ap) × 当該疾患の平均在院日数である。このうち一定数の患者が亜

急性期病床へ転院することから、亜急性期必要病床数は亜急性期病床への当該疾患の一日患者転院数 (Pp) × 当該疾患の亜急性期病床における平均在院日数 (Pal) である。さらにこのうち一定数が慢性期病床へ転院することから、慢性期必要病床数は慢性期病床への当該疾患の一日患者転院数 (Cp) × 慢性期における当該疾患の平均在院日数 (Cal) である。そしてこれらの総和が総必要病床数となる。もちろん亜急性期病床に直接入院する Sub-Acute 患者が存在するが、これらの実数を把握することが困難なため、本報告では Sub-Acute 病床需要については医療需要予測の対象外とした。また、急性期から慢性期施設へ転院する患者も存在するが、その比率が極めて少ないため本報告では医療需要予測の対象外とした。

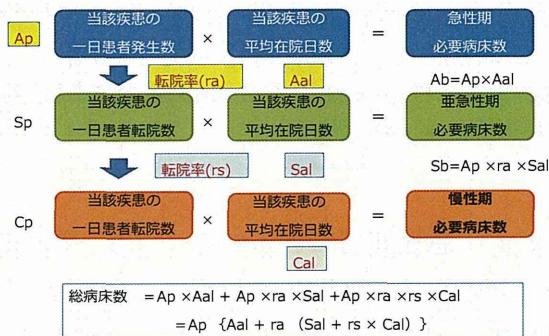
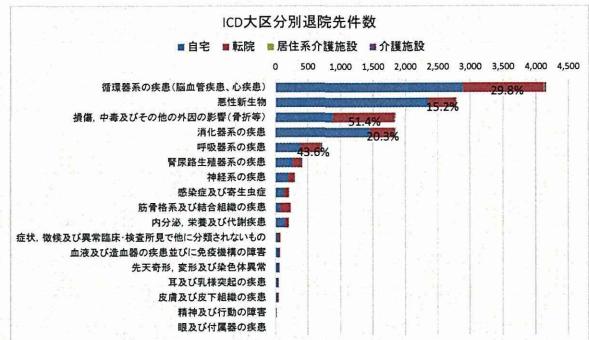


図 4.1 病床推計に必要な指標

2014 年厚生労働統計患者調査から熊本県の一般病床における疾患別平均在院日数を引用した。これから当院の疾患別平均在院日数を差し引いた日数を、当院から亜急性期病床に転院した先での平均在院日数とした。当院には産婦人科、小児科、精神科、等が存在しないためこれらの疾患は分析対象から除外した。

表 4.1 2013 年疾患別平均在院日数 (熊本県、済生会熊本病院) (2014 年厚生労働統計より)

一般病床平均在院日数 (熊本県)	熊本県	済生会熊本病院	Post Acute
10 呼吸器系の疾患 (肺炎)	36.2	12.2	24
15 妊娠、分娩及び産褥	13.6		13.6
2 悪性新生物	24.5	10	14.5
4 糖尿病	57.5	9.8	47.7
5 精神及び行動の障害 (気分障害(躁鬱病を含む))	63.3		63.3
9 循環器系の疾患 (脳血管疾患)	92.5	11.8	80.7
9 循環器系の疾患 (心疾患)	12.9	5.3	7.6
19 損傷、中毒及びその他の外因の影響 (骨折な	51.4	10.7	40.7



グラフ 4.1 2013 年 1 月～12 月に済生会熊本病院を退院転院した患者数とその転帰 (死亡を除く)

- ① 2014 年厚生労働統計患者調査と国立社会保障・人口問題研究所の「日本の地域別将来推計人口 (平成 25 年 3 月推計) から、熊本県の推計患者数＝都道府県別男女年齢階級別人口 10 万対受療率 (入院) × 市町村別男女年齢階級別人口推計、という計算式にて主要疾患の今後の入院受療数推測を試みた。
- ② 入院受療数推測のデータを元に熊本県の推計患者数 / 都道府県別傷病別平均在院日数、という計算式で主要疾患 1 日発生数を推計した。
- ③ 1 日発生数のデータを元に 2010 年の主要疾患 1 日発生数を基準値として、今後何件増減するかを推計した。
- ④ 1 日発生数の増減数のデータを元に 1 日発生数の増減数 × 済生会熊本病院平均在院日数、という計算式で、今後必要とされる熊本県の急性期追加必要病床数を推計した。

⑤ これまでのデータを元に 1 日発生数の増減数×済生会熊本病院からの転院率×亜急性期平均在院日数、という計算式により熊本県の亜急性期追加必要ベッド数を推計した。グラフ 4.1 に 2013 年 1 年間に当院から転院退院した ICD 大区分別患者数を示す。グラフの内、赤棒部分が亜急性期病床に転院した患者である。死亡を除く転院率は、循環器疾患(脳卒中、慢性心不全など) 29.8%、悪性新生物患者(緩和ケアなど) 15.2%、損傷・中毒およびその他の外因の影響(骨折など) 51.4%、消化器系疾患(胆石症、イレウスなど) 20.3%、呼吸器系疾患(嚔下性肺炎、レスピレーター装着者など) 43.6%、等が主たる転院者の内訳である。この転院率を上記の計算式に代入した。

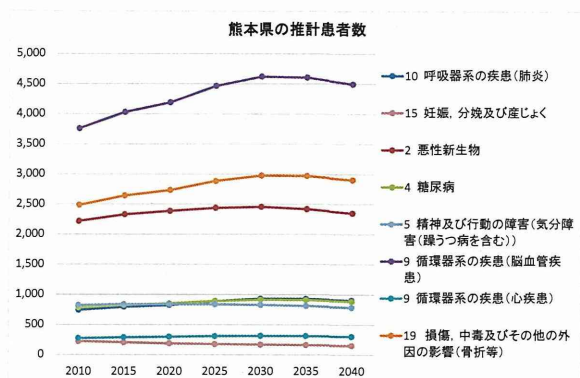
(倫理面への配慮)

本研究は 2015 年に厚生労働省と文部科学省が作成した「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に基づき実施した。本研究は既存のデータを利用した観察研究であり、研究結果に個人を特定できる情報が含まれることもない。脳卒中連携パスを適用する際に、データを臨床研究に利用することは患者、家族の同意取得済みであり、実際の研究実施に当たっては倫理上の問題がないように配慮した。

C. 研究結果

1. 熊本県の推計患者数

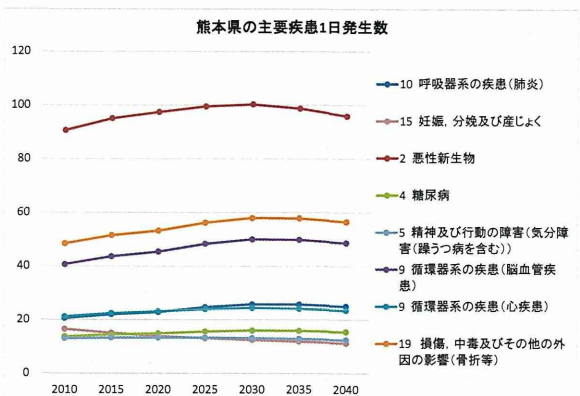
熊本県では 2030 年まで脳血管疾患、骨折等、悪性新生物の入院需要が増加したあと徐々に減少に転じる一方、肺炎等の呼吸器疾患や心疾患の入院需要はそれほど増加しないことが理解できる。



グラフ 4.2 熊本県の推計患者数(=都道府県別男女年齢階級別人口 10 万対受療率(入院)×市町村別男女年齢階級別人口推計)(2014 年厚生労働統計より)

2. 熊本県の主要疾患 1 日発生数

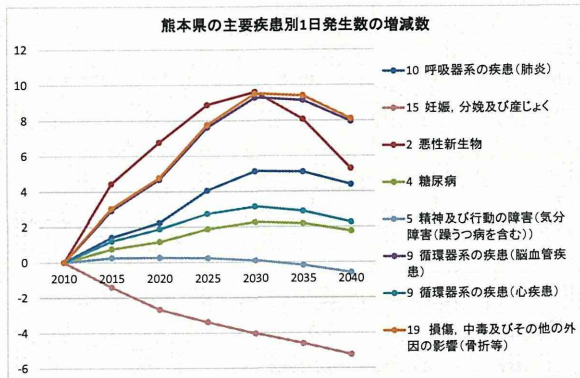
熊本県の主要疾患 1 日発生数は悪性新生物、骨折等、脳血管疾患の順に多くなることが推計される。同様に 2030 年がピークでその後は徐々に減少に転じる。



グラフ 4.3 熊本県の主要疾患 1 日発生数(=推計患者数/都道府県別傷病別平均在院日数)

3. 熊本県の主要疾患別 1 日発生数の増減数

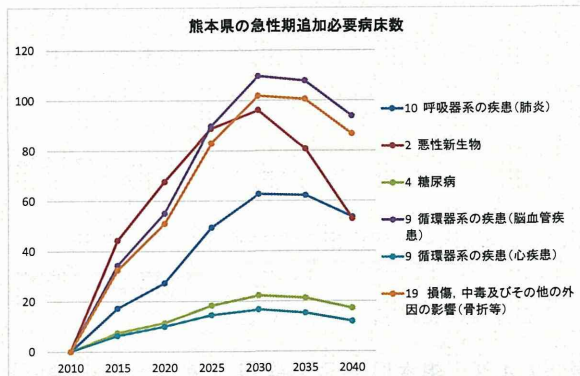
悪性新生物、骨折等、脳血管疾患の順に増加する。やはり同様に 2030 年が増加のピークでその後は徐々に減少に転じる。



グラフ 4.4 熊本県の主要疾患別1日発生数の増減数

4. 熊本県の急性期追加必要病床数

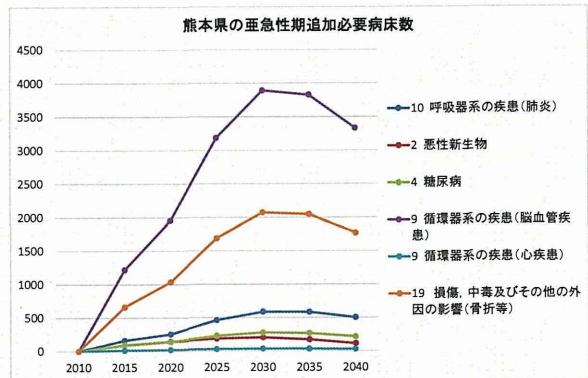
現在の平均在院日数が将来も継続すると仮定すれば、脳血管疾患、悪性新生物、骨折等は急性期病床が最大 300 床必要になるがその後は減少に転じる。2030 年までは 1 年当たり 15 床の追加必要病床が見込まれるが、少数であり現行の医療プロセスの見直しで十分吸収可能と思われる。



グラフ 4.5 熊本県の急性期追加必要病床数 (1日発生数の増減数×済生会熊本病院平均在院日数) (2013年の平均在院日数が今後も継続することを前提とした推計)

5. 熊本県の亜急性期追加必要病床数

現在の平均在院日数が将来も継続すると仮定すれば、脳血管疾患、骨折等の必要病床数は2030年をピークに6,000床まで増加し、その後は減少に転じる。



グラフ 4.6 熊本県の亜急性期追加必要病床数 (=1日発生数の増減数×済生会熊本病院からの転院率×亜急性期平均在院日数) (2013年の平均在院日数が今後も継続することを前提とした推計)

D. 考察

本来なら地域医療連携で完結する疾患の急性期、亜急性期別の必要病床数推計については、急性期、亜急性期別の疾患別受療率や疾患別平均在院日数のデータを基に実施すべきところであるが、残念ながらそのようなデータが全国的に存在しないため今回のようなある意味大胆な方法を試みた。冒頭にも述べたように、現状の受療率が継続した場合どのような機能の病床需要の増減が見込まれるのかその傾向を把握し、各病床機能に内在する課題を見出すことが本研究の目的である。

熊本県では65歳以上の人口が2030年まで増加しその後減少に転じる。これに呼応する形で2030年までは高齢者に発生する医療需要が増大しその後は減少に転じる。特に地域医療連携のなかで完結していく脳血管疾患、骨折等においては今の医療の在り方が今後も継続する、すなわち今の急性期、亜急性期平均在院日数が今後も継続する前提であれば受療率も変わらないと思われるため、必要病床数も2030年までは増大しその後は減少に転じる。

今回提示したデータは熊本県という地域

医療連携、地域完結型医療が進んでいる地域の例であり、一方で全国には水平連携、垂直連携など様々な連携の形態があり、診療報酬上機能的に分類されている複数の一般病床機能の活用方法によっては急性期、亜急性期の平均在院日数比率には差異が生じてくるため、数字のみで単純に他地域と比較することには注意が必要である。他県との比較では熊本県の一般病床平均在院日数がやや長い事実があり、医療連携にて完結する疾患では亜急性期病床の平均在院日数比率が大きくなるものの、急性期、亜急性期病床それぞれの医療プロセスとアウトカムの検証をしなければ、どこに問題がありどんな対策が適切なのかは明らかにはならないであろう。そうすることで本来あるべき医療プロセスと、それに基づいたより妥当な医療需要予測が可能になるのではないかと。現時点でこういう問題分析が十分に実施されているとは言えず、クリニカルパス等医療プロセスとアウトカム指標を明確にしたツールを用いて、医療資源介入の成果を検証することが望まれるところである。

幸いなことに脳卒中や大腿骨頸部骨折に関する連携パスは多くの地域において運用されていると思われる。そこで後半の研究では熊本県脳卒中地域連携ネットワーク研究会 K-stream で運用されている脳卒中地域連携パス解析の結果からわかる問題点の考察を試みる。

E. 結論

① 熊本県では地域医療連携のなかで完結していく疾患、特に脳血管疾患、骨折等においては、現在の受療率が続くという前提に立つと今後 2030 年までは医療需要が増大しその後減少に転じる。

- ② これと呼応して、これらの疾患に対応する亜急性期必要病床数も 2030 年まで増加し、その後は減少に転じる。
- ③ 医療需要を論じるには医療連携や地域性のどこに問題があるのかを明らかにすることが肝要で、クリニカルパス等医療プロセスとアウトカム指標を明確にし、医療資源介入の成果を検証できるツールを用いた評価が望まれる。

F. 健康危険情報

無（非該当）

G. 研究発表

1. 論文発表

現時点で未発表。今後発表予定あり。

2. 学会発表

現時点で未発表。今後発表予定あり。

H. 知的財産権の出願・登録状況

（予定を含む。）

1. 特許取得

無

2. 実用新案登録

無

3. その他

無

謝辞

本研究におけるデータ収集、解釈に当たっては当院神経内科、米原敏郎部長、稲富雄一郎副部長に多大なるご協力、ご支援を頂いた。ここに深甚なる感謝の意を表す。

【地域事例班②】脳卒中地域連携クリニカルパス分析から見える急性期、 亜急性期医療プロセスの課題

研究分担者 副島 秀久（済生会熊本病院 院長）

研究分担者 町田 二郎（済生会熊本病院 副院長）

研究要旨

既存の脳梗塞連携パスを用い急性期、亜急性期の診療プロセスの問題点を分析し病床機能分化を推進するために解決すべき課題を検討した。対象症例は 1,344 例。脳梗塞では合併症と神経症状悪化の予防、リハビリによる ADL 改善が診療プロセスのアウトカムであり、mRS や FIM 等の ADL 指標や認知症指標による患者リスクの層別化が病態の予後予測を可能にし、急性期、亜急性期一貫したアウトカム志向の地域内標準ケアプロセスを構築する上での共通言語になると思われた。家庭、社会的諸要因を解決するための早期介入を急性期から開始し亜急性期以降に情報伝達することで最終転帰方針をより早期に明確にできる可能性が示唆された。合併症情報や予防方針と言語を急性期と亜急性期において一貫したものにすることが、合併症や神経症状の悪化を減少させ医療機関への転送を減少させる対策につながる可能性が示唆された。患者アウトカムを投入すべき医療資源の指標の一つとした標準的医療プロセスを構築し改善を繰り返していくことで、各病床機能の果たすべき役割に自然に収斂していくと思われる。この改善を繰り返すには電子クリニカルパス等の地域電子的医療情報ネットワーク構築と人的交流が必須である。

A. 研究目的

地域連携で完結する疾患において、急性期、亜急性期、それぞれの診療プロセスの問題点を分析し、地域内での診療の質を向上させ、病床機能分化を推進するために解決すべき課題を提案する。

病床を亜急性期病床とするが、これは診療報酬上の分類である回復期病床、地域包括ケア病床、一般病床を指し、本報告では Post Acute 機能を意味する名称として使用する。慢性期病床とは療養病床、介護施設等を意味する。

B. 研究方法

1. 用語

本報告では高度急性期、急性期病床の区別をせず急性期病床として統一する。厚生労働統計における平均在院日数データでは、診療報酬上の病床区分に関するデータがなく、また連携パスでも受け入れ病床の区別に関する情報がないため、急性期の次に転院する

2. 研究対象

2008 年 5 月から 2015 年 5 月に発症した脳梗塞患者で、済生会熊本病院で急性期医療を受け、亜急性期病院へ転院した脳卒中連携パス適用患者のうち、modified Ranking Scale（以下 mRS と略す）、functional independence measure（以下 FIM と略す）、在院日数に関する情報が把握でき、亜急性期で合

併症発症、神経症状悪化（脳梗塞再発など）のあった165例（A群）と亜急性期で合併症発症、神経症状悪化（脳梗塞再発など）のなかった1,179例（B群）。

3. 研究方法

熊本県脳卒中地域連携ネットワーク研究会 K-stream で運用されている脳卒中地域連携パスから必要なデータを収集し、以下①～⑤に記述する方法で解析を行った。

熊本県脳卒中連携パスの概要は以下(ア)～(ケ)に記述するとおりである。

(ア) 脳卒中（脳梗塞、脳出血など）に罹患し急性期病院で治療を受けた後、回復期リハ病院、慢性期病院、在宅、介護施設などに移動していく経過における、治療内容（急性期）、activities of daily living（以下 ADL と略す）、在院日数、合併症名、死亡、急性期病院への再入院、などに関する一連の情報から構成される。

(イ) 亜急性期の施設を意味する用語として「回復期リハ病院」という用語マスターで管理されており、病床（一般、地域包括ケア、回復期、など）の区別は把握できない。本報告では「回復期リハ病院」を亜急性期病院として用語を使用する。

(ウ) リハビリテーション（以下リハと略す）のコースを障害度に応じて医師が説明することになっており、(1)急性期病院では3つの回復期リハコース（軽症リハコース mRS1～3：1～2 か月、標準リハコース mRS4：2～3 か月、重症リハコース mRS5：3～5 か月）を選択・説明する、(2)回復期リハ病院では再評価の上3つのリハコースを選択・説明し、維持期（慢性期）の2つのケアコース（標準ケアコ

ース BI>25：2～3 か月、重症ケアコース 0<BI<20：3～6 か月）を選択・説明する、(3)維持期（慢性期）リハ病院では2つのケアコースを選択・説明しケアコースを繰り返し、方針を決定していく。

(エ) 急性期病院での ADL は Barthel Index（以下 BI と略す）、mRS で評価されており、意識レベルは Japan coma scale（以下 JCS と略す）で評価されている。

(オ) 回復期での ADL は BI と FIM、日常生活指標、で測定されているが BI での登録数は少ない。

(カ) リハの投入単位数は把握できない。

(キ) ADL 指標の合計点は1ヶ月毎に評価されているが BI、FIM の詳細な中身は把握できない。

(ク) 認知症に関する情報はない。

(ケ) 維持期、在宅、介護施設における患者情報はほとんど登録されていない。

① B群では急性期退院時 mRS により患者を層別化し、急性期における年齢、在院日数、臨床病型（ラクナ脳梗塞、アテローム血栓性脳梗塞、心原性脳梗塞、その他）、感染症合併などと、亜急性期での在院日数、ADL 改善度、合併症発症、転帰等についての関係性を分析した。

② A群については死亡群、急性期再入院群、転退院群に分けその要因、急性期退院時 mRS、亜急性期 FIM 推移、感染症発症リスク、転退院群の転帰について分析した。

③ B群では死亡、急性期再入院例はなく全例転退院している。B群については FIM を亜急性期での ADL 改善度指標とし、1か月の FIM が1点以上改善すれば ADL 改善あり入院期間、FIM 改善が0またはマイナスになれば改善無し入院期間として亜急性期の入院期間を2つに区分し