

研究名「亜急性期入院医療管理料を算定した患者の診療内容に関する研究」

【提供依頼申請者】 吉田愛¹⁾

【共同研究者】 猪口雄二¹⁾、西本育夫²⁾、杉村洋祐³⁾、松田晋哉⁴⁾

1) 公益社団法人全日本病院協会、2) 医療法人三星会大倉山記念病院、3) 社会医療法人恵和会西岡病院、4) 産業医科大学公衆衛生学教室

【概要】

急性期治療を経過した患者や、在宅・介護施設等からの急性増悪した患者等に対して、在宅復帰支援機能を有し、効率的かつ密度の高い医療を提供する役割が期待された亜急性期入院医療管理料であるが、その診療内容を明らかにした研究は少ない。

本研究では、National Data Base に格納されている平成 24 年 10 月分の医科入院と DPC のレセプトサンプリングデータセットを用いて、同月内に亜急性期入院医療管理料 1 もしくは 2 を算定した患者と、一般病棟入院基本料 7 対 1、10 対 1、13 対 1、15 対 1 のいずれかを算定した患者の診療内容の比較を通じて、前者の属性、手術の実施割合、脳卒中もしくは骨折のコードを含む患者のリハビリテーションの実施、加算の算定割合等を明らかにすることを目的とする。

入院患者に 75 歳以上の患者が占める割合は、医科_管理料 1 が最も高く (74.0%)、認知症患者が占める割合は、DPC_管理料 1 が最も高かった (9.1%)。手術の実施割合は、DPC_管理料 2 が最も高く (40.9%)、また、医科入院・DPC レセプト共に、管理料 2 のみが、手術の技術度 D が 80%以上を占めていた。骨折のコードを含む患者の割合は、DPC_管理料 2 が最も高く (29.9%)、運動器リハビリテーションの実施割合も同様に、DPC_管理料 2 が最も高かった (94.3%)。脳血管疾患等は、脳卒中の続発・後遺症の患者について結果を記載した。脳血管疾患等のコードを含む患者の割合は、DPC_管理料 1 で最も高く (21.2%)、脳血管疾患等リハビリテーション実施割合は、医科_管理料 2 で最も高かった (55.0%)。リハビリテーションの平均回数が 2.0 回を上回ったのは、医科_管理料 2 (2.2 回) と DPC_管理料 2 (2.0 回) のみであった。

医科入院・DPC レセプト共に、管理料 2 と比較して、管理料 1 における 75 歳以上と認知症患者の割合が高かったことから、管理料 1 にはリハビリテーションの適応になりにくい高齢者が入院していると可能性がある。一方、管理料 2 では、手術の上位 3 疾患は運動器疾患に関連しており、骨折患者数も多く、運動器リハビリテーションの実施割合が 90%を超えていることから、主として運動器の手術や術後のリハビリテーションを担っていることが示唆された。また、一般病棟入院基本料と比較して、管理料 1・2 共に訪問看護指導料の算定割合に顕著な差はなかったことから、75 歳以上の患者の割合が高いものの、必ずしも退院後にも継続的に医療を必要とする状態の患者が多いとは限らないことに加えて、訪問看護の利用率が低いこと等が考えられる。

【背景】

平成 26 年診療報酬改定では、地域包括ケア病棟入院料（病棟単位）・地域包括ケア入院医療管理料（病室単位）の新設に伴い、亜急性期入院医療管理料が廃止された。人口の高齢化と医療ニーズの増加により、平成 16 年度診療報酬改定において新設された亜急性期入院医療管理料は、「急性期治療を経過した患者、在宅・介護施設等からの患者であって症状の急性増悪した患者等に対して、在宅復帰支援機能を有し、効率的かつ密度の高い医療を提供する」と定義された。同管理料の具体的な患者像として、脳血管疾患や心疾患のリハビリテーション、大腿部頸部骨折の高齢者等が想定された¹。また、一般病棟における平均在院日数の計算から除外されていたことから、病床調整としての機能や²、60%以上の在宅復帰率が要件になっていることから、特に在宅復帰支援に関わる看護師の連携等が³、特徴として指摘されてきた。

しかし、これまでに亜急性期において提供されてきた診療内容の特徴を明らかにした研究は限られており、実際のレセプトデータを用いた研究はない。

【目的】

本研究では、National Data Base（以下、NDB）に格納されているレセプトデータを 10%の抽出率で無作為抽出した平成 24 年 10 月分のレセプトサンプリングデータセット（以下、データセット）を用いて、同月内に亜急性期入院医療管理料を算定した患者と、一般病棟入院基本料を算定した患者の診療内容の比較を通じて、亜急性期の特徴を明らかにすることを目的とする。

【亜急性期入院医療管理料の定義】

平成 24 年度診療報酬上の亜急性期入院医療管理料 1 と、亜急性期入院医療管理料 2 の定義は、それぞれ次の通りである（表 1）。

-
- 1 篠田道子：退院調整看護師の専任化の意義 診療報酬の動きのなかでの退院計画 亜急性期入院医療管理料との関係を中心に、看護展望 29 巻 9 号、1004-1008、2004 年
 - 2 森房周平、牧昌弘：当院整形外科入院患者における亜急性期病床転床時期の検討、京都医学界雑誌 57 巻 1 号、41-44、2010 年
 - 3 武藤正樹：縦断 亜急性期病床、保険診療 59 巻 7 号、88-89、2004 年

表 1) 平成 24 年度診療報酬上の亜急性期入院医療管理料 1、亜急性期入院医療管理料 2 の定義

	亜急性期入院医療管理料 1	亜急性期入院医療管理料 2
算定条件	急性期治療を経過した患者、在宅・介護施設等からの患者であって症状の急性増悪した患者等に対して、在宅復帰支援及び効率的かつ密度の高い医療を提供した場合	急性期治療を経過した患者に対して安定化を図り、在宅復帰支援及びリハビリテーションを含む効率的かつ密度の高い急性期後の医療を提供した場合
点数	2,061 点	1,911 点
入院日数 (上限)	60 日	60 日
対象のリハビリテーション	右記以外	脳血管疾患等、運動器
手術の算定	可	不可

【使用データと分析方法】

NDBに格納されている平成24年10月のデータセットのうち、医科入院レセプト129,210件、DPCレセプト96,417件（共に抽出率10%）を用いた。サンプリングデータセットにおけるDPCレセプトは、同月内にDPC/PDPSに基づいて支払いをした患者の全データを含んでおり、DPC/PDPS以外の請求分も含まれている。例えば、月の前半でDPC/PDPSに基づき請求し、月の後半を出来高払いに基づき請求した場合、出来高払いによるデータもDPCレセプトに含まれることになる。ただし、DPC対象病院であっても、出来高払いだけに基いて請求した患者のデータは、医科入院レセプトに含まれている。

医科入院レセプトもしくはDPCレセプトのうち、同月に亜急性期入院医療管理料1（以下、医科_管理料1もしくはDPC_管理料1）もしくは亜急性期入院医療管理料2（以下、医科_管理料2もしくはDPC_管理料2）を算定した患者と、一般病棟7対1入院基本料（以下、医科_7対1もしくはDPC_7対1）、一般病棟10対1入院基本料（以下、医科_10対1もしくはDPC_10対1）、一般病棟13対1入院基本料（以下、医科_13対1、DPCは該当なし）、一般病棟15対1入院基本料（以下、医科_15対1、DPCは該当なし）を算定した患者を抽出した。

なお抽出に際し、上記の管理料・入院基本料を一度でも算定した患者を分析の対象に含めた。これにより、例えば同月内に別の管理料や入院基本料を算定した場合等は、両方にデータが含まれるため、重複してカウントされることになる。

医科入院レセプトとDPCレセプトの両方に含まれる、レセプト共通レコード（以下、RE）、診療行為レコード（以下、SI）、傷病名レコード（以下、SY）を使用して、抽出した患者について以下の分析を実施した。なお、各レコードに患者情報が分散しているので、各レコ

ードに含まれる各患者に付与された「通番 2」を用いてデータを連結した。

- ・属性（性別、75 歳以上患者の割合、認知症患者の割合）
- ・手術の実施割合と技術度の比較
- ・脳卒中もしくは骨折の傷病名コードを含む患者について、リハビリテーションの実施の有無と、退院時リハビリテーション指導料の算定割合
- ・退院患者における施設間連携、退院・在宅医療に関連する加算等の算定割合

RE からは性別・年齢階級コード（5 歳単位）、SI からは診療行為（手術、リハビリテーション、施設間連携の加算、退院・在宅医療の加算）、SY からは傷病名（脳卒中、骨折、認知症）を抽出した。また、データセットでは診療行為名や傷病名はコード化されて格納されているため、表 2 に示した公開データを用いてコードを紐付けして、具体的な名称等を特定した。

表 2) 公開データを用いて紐付けしたコード

レコード名	紐付けしたコード	公開データ
SI	手術（コード）	レセプト電算コード（診療行為）
	手術（技術度）	K コード
	リハビリテーション	レセプト電算コード（診療行為）
	施設間連携、退院・在宅医療	レセプト電算コード（診療行為）
SY	傷病名（コード）	傷病名マスター
	傷病名（ICD-10）	DPC 電子点数表

退院した患者について、施設間連携と退院・在宅医療に関連する加算等の算定割合を算出した。ただし、データセットには退院に関する情報が含まれていないので、10 月 1 日から 31 日の日にち別に診療行為を把握できる SI を用いて、10 月 31 日に診療行為が実施されていなかった患者を退院患者と推定して、分析した。

本分析には、SQL サーバー 2012 を用いた。

【結果】

1) 患者属性

医科入院レセプト 129,210 件、DPC レセプト 96,417 件のうち、各管理料・入院基本料を算定した患者属性を示した（表 3）。

入院患者に男性患者が占める割合は、医科_管理料 2 で最も低く（30.5%）、続いて DPC_管理料 2 が低かった（33.8%）。同じく 75 歳以上の患者が占める割合は、医科_管理料 1 が最も高く（74.0%）、続いて医科_管理料 2 が高かった（71.3%）。認知症患者が占める割合

は、DPC_管理料 1 が最も高く (9.1%)、続いて医科_管理料 1 が高かった (7.8%)。なお、認知症の対象となる ICD-10 コードは、巻末資料に記載した。

表 3) 各管理料・入院基本料を算定した患者数の属性

	患者数 (割合*)	男性割合 †	75 歳以上割合 †	認知症割合 †
医科_管理料 1	335 (0.25%)	36.7%	74.0%	7.8%
医科_管理料 2	1,560 (1.21%)	30.5%	71.3%	4.4%
DPC_管理料 1	99 (0.10%)	40.4%	64.6%	9.1%
DPC_管理料 2	411 (0.43%)	33.8%	58.6%	3.6%
医科_7 対 1	13,598 (10.5%)	50.5%	46.7%	2.9%
医科_10 対 1	23,742 (18.4%)	46.4%	56.1%	4.0%
医科_13 対 1	3,496 (2.70%)	44.6%	62.5%	5.4%
医科_15 対 1	5,793 (4.50%)	42.1%	67.1%	7.5%
DPC_7 対 1	5,045 (5.20%)	51.6%	45.6%	2.8%
DPC_10 対 1	1,070 (1.10%)	47.9%	53.4%	3.7%

* 医科入院レセプト 129,210 件、DPC レセプト 96,417 件に占める割合

† 各管理料・入院基本料を算定した患者数に占める割合

2) 手術の実施と内容

各管理料・入院基本料を算定した患者における手術の実施割合は、DPC_管理料 2 が最も高く (40.9%)、医科_管理料 1 が最も低かった (3.9%)。また医科入院・DPC レセプト共に、管理料 2 のみが、手術の技術度 D が 80%以上を占めていた (表 4-1)。

表 4-1) 手術の実施割合と技術度

	手術件数 (割合 [†])	技術度			
		B	C	D	E
医科_管理料 1	13 (3.9%)	7.7%	15.4%	76.9%	0.0%
医科_管理料 2	125 (8.0%)	6.4%	9.6%	84.0%	0.0%
DPC_管理料 1	28 (28.3%)	28.6%	10.7%	57.1%	3.6%
DPC_管理料 2	168 (40.9%)	4.2%	14.9%	80.4%	0.6%
医科_7 対 1	2,761 (20.3%)	9.9%	24.1%	65.8%	0.2%
医科_10 対 1	5,091 (21.4%)	8.3%	23.0%	68.5%	0.2%
医科_13 対 1	674 (19.3%)	10.1%	24.2%	65.3%	0.4%
医科_15 対 1	754 (13.0%)	18.6%	30.6%	50.7%	0.1%
DPC_7 対 1	1,693 (33.6%)	7.8%	21.1%	70.2%	0.9%
DPC_10 対 1	291 (27.2%)	9.3%	21.6%	67.7%	1.4%

[†] 各管理料・入院基本料を算定した患者数に占める割合

各管理料・入院基本料における手術内容について、件数が多かった上位 3 つの手術を列記した (表 4-2)。医科入院・DPC レセプト共に管理料 2 を算定した患者では、骨折観血的手術 (大腿) が最も多く、続いて人工関節置換術 (膝) であった。一方、一般病棟入院基本料を算定した患者に最も多く実施された手術は、医科_15 対 1 を除いて、「水晶体再建術 (眼内レンズを挿入する場合) (その他)」であった。

表 4-2) 手術内容

	手術	技術度	件数 (割合 [§])
医科_管理料 1	人工関節置換術 (膝)	D	2 (15.4%)
	胃瘻造設術 (経皮的内視鏡下胃瘻造設術を含む)	D	2 (15.4%)
	骨折観血的手術 (大腿)	D	1 (7.7%)
医科_管理料 2	骨折観血的手術 (大腿)	D	14 (11.2%)
	人工関節置換術 (膝)	D	14 (11.2%)
	骨移植術 (軟骨移植術を含む) (自家骨移植)	D	8 (6.4%)
DPC_管理料 1	痔核手術 (脱肛を含む) (根治手術)	B	8 (28.6%)
	水晶体再建術 (眼内レンズを挿入する場合) (その他)	D	4 (14.3%)
	乳腺悪性腫瘍手術 (乳房部分切除術 (腋窩部郭清を伴う))	D	2 (7.1%)
DPC_管理料 2	骨折観血的手術 (大腿)	D	17 (10.1%)
	人工関節置換術 (膝)	D	14 (8.3%)
	脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術 (椎弓形成)	D	9 (5.3%)
医科_7 対 1	水晶体再建術 (眼内レンズを挿入する場合) (その他)	D	174 (6.3%)
	経皮的冠動脈ステント留置術	D	157 (5.9%)
	内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術 (長径 2 c m未満)	D	146 (5.3%)
医科_10 対 1	水晶体再建術 (眼内レンズを挿入する場合) (その他)	D	820 (16.1%)
	内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術 (長径 2 c m未満)	D	273 (5.4%)
	骨折観血的手術 (大腿)	D	158 (3.1%)
医科_13 対 1	水晶体再建術 (眼内レンズを挿入する場合) (その他)	D	110 (16.3%)
	内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術 (長径 2 c m未満)	D	42 (6.2%)
	骨折観血的手術 (大腿)	D	36 (5.3%)
医科_15 対 1	痔核手術 (脱肛を含む) (根治手術)	B	46 (6.1%)
	水晶体再建術 (眼内レンズを挿入する場合) (その他)	D	44 (5.9%)
	胃瘻造設術 (経皮的内視鏡下胃瘻造設術を含む)	D	32 (4.2%)
DPC_7 対 1	水晶体再建術 (眼内レンズを挿入する場合) (その他)	D	127 (7.5%)
	経皮的冠動脈ステント留置術	D	65 (3.8%)
	内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術 (長径 2 c m未満)	D	57 (3.4%)
DPC_10 対 1	水晶体再建術 (眼内レンズを挿入する場合) (その他)	D	32 (11.0%)
	経皮的冠動脈ステント留置術	D	15 (5.2%)
	経皮的冠動脈形成術	D	7 (2.4%)

[§] 手術を実施した患者数に占める割合

3-1) 骨折患者におけるリハビリテーション実施と加算の算定

各管理料・入院基本料において、傷病名に骨折のコードを含む患者を抽出し、運動器リハビリテーションの実施割合、リハビリテーションを実施した場合の平均回数、退院時リハビリテーション指導料の算定割合を算出した（表 5）。なお、骨折の対象となる ICD-10 コードは、巻末資料に記載した。

骨折のコードを含む患者の割合は、DPC_管理料 2 が最も高く（29.9%）、続いて医科_管理料 2 が高かった（24.2%）。運動器リハビリテーションの実施割合も同様に、DPC_管理料 2 が最も高く（94.3%）、続いて医科_管理料 2 が高かった（93.1%）。リハビリテーションの平均回数に顕著な差は見られなかった。一方、退院時リハビリテーション指導料の算定は、DPC_7 対 1 が最も高く（21.5%）、続いて DPC10 対 1 が高かった（17.8%）。

表 5) 骨折患者における運動器リハビリテーションの実施と加算の算定

	患者数(割合†)	運動器リハビリテーション 実施割合	リハビリテーション 平均回数	退院時リハビリテーション 指導料算定割合
医科_管理料 1	20 (6.0%)	50.0%	1.5	10.0%
医科_管理料 2	378 (24.2%)	93.1%	1.9	1.6%
DPC_管理料 1	7 (7.1%)	57.1%	2.2	14.3%
DPC_管理料 2	123 (29.9%)	94.3%	1.7	0.8%
医科_7 対 1	835 (6.1%)	63.0%	1.8	15.0%
医科_10 対 1	1864 (7.9%)	62.8%	1.6	12.3%
医科_13 対 1	348 (10.0%)	58.6%	1.7	16.7%
医科_15 対 1	525 (9.1%)	55.8%	1.7	10.9%
DPC_7 対 1	265 (5.3%)	75.1%	1.5	21.5%
DPC_10 対 1	73 (6.8%)	79.5%	1.5	17.8%

† 各管理料・入院基本料を算定した患者数に占める割合

3-2) 脳血管疾患患者におけるリハビリテーションの実施と加算の算定

各管理料・入院基本料において、傷病名に脳血管疾患のコードを含む患者を抽出し、脳血管疾患等リハビリテーションの実施割合、リハビリテーションを実施した場合の平均回数、退院時リハビリテーション指導料の算定割合を算出した。なお、脳血管疾患の対象となる ICD-10 コードは、巻末資料に記載した。

脳血管疾患を「脳卒中傷病群（1 群）」「脳卒中前駆傷病群（2 群）」「脳卒中続発・後遺症群（3 群）」の 3 群に分けて分析した（表 6-1）。

表 6-1) 脳血管疾患の 3 分類

群	傷病名	ICD-10
1 群	くも膜下出血	I60\$
	脳内出血	I61\$
	脳梗塞	I63\$
2 群	脳実質外動脈の閉塞および狭窄、脳梗塞に至らなかったもの	I65\$
	脳動脈の閉塞および狭窄、脳梗塞に至らなかったもの	I66\$
	脳卒中、脳出血または脳梗塞と明示されないもの	I64
3 群	くも膜下出血の続発・後遺症	I690
	脳内出血の続発・後遺症	I691
	その他の非外傷性頭蓋内出血の続発・後遺症	I692
	脳梗塞の続発・後遺症	I693

1 群はいずれの管理料・入院基本料でも該当がなく、2 群は該当数が極めて少なかったために結果を割愛したので、3 群の結果のみを示した (表 6-2)。

脳血管疾患のコードを含む患者の割合は、DPC_管理料 1 で最も高く (21.2%)、続いて医科_管理料 1 で高かった (17.3%)。脳血管疾患等リハビリテーション実施割合は、医科_管理料 2 で最も高く (55.0%)、続いて DPC_管理料 2 で高かった (48.6%)。リハビリテーションの平均回数が 2.0 回を上回ったのは、医科_管理料 2 (2.2 回) と DPC_管理料 2 (2.0 回) のみであった。退院時リハビリテーション指導料の算定割合は、DPC_10 対 1 が最も高く (18.3%)、続いて DPC_7 対 1 が高かった (10.9%)。

表 6-2) 脳卒中患者における脳血管疾患等の実施と加算の算定

	患者数 (割合 [†])	脳血管疾患等リハビリテーション実施割合	リハビリテーション平均回数	退院時リハビリテーション指導料算定割合
医科_管理料 1	58 (17.3%)	5.2%	1.4	6.9%
医科_管理料 2	218 (14.0%)	55.0%	2.2	1.4%
DPC_管理料 1	21 (21.2%)	4.8%	1.0	0.0%
DPC_管理料 2	35 (8.5%)	48.6%	2.0	0.0%
医科_7 対 1	1098 (8.1%)	35.4%	1.7	8.4%
医科_10 対 1	2411 (10.2%)	29.4%	1.8	6.9%
医科_13 対 1	126 (3.6%)	21.4%	1.4	8.7%
医科_15 対 1	854 (14.7%)	22.0%	1.6	3.9%
DPC_7 対 1	350 (6.9%)	45.7%	1.6	10.9%
DPC_10 対 1	104 (9.7%)	46.2%	1.6	18.3%

[†] 各管理料・入院基本料を算定した患者数に占める割合

4) 施設間連携、退院・在宅医療に関する加算

先述の方法で推定した退院患者について、施設間連携の加算等の算定割合を算出した。各管理料・入院基本料を算定した患者数に推定した退院患者数が占める割合は、医科_7 対 1 が最も高く (61.8%)、DPC_管理料 2 が最も低かった (22.1%)。診療情報提供料 (1) の算定割合は、医科_管理料 1 が最も高く (30.0%)、DPC_管理料 2 が最も低かった (0.0%)。その他の加算については、算定割合はすべて 7%未満であった (表 7-1)。

表 7-1) 施設間連携の加算等の算定割合

	患者数(割合 [†])	診療情報 提供料(1)	介護支援 連携指導料	入院基本料減算 (他医受診)	地域連携診療計画 退院時指導料(1)
医科_管理料1	180(53.7%)	30.0%	6.7%	2.8%	0.0%
医科_管理料2	784(50.3%)	1.8%	0.4%	0.4%	1.1%
DPC_管理料1	35(35.4%)	25.7%	0.0%	0.0%	0.0%
DPC_管理料2	91(22.1%)	0.0%	6.6%	0.0%	1.1%
医科_7対1	8407(61.8%)	23.7%	2.0%	1.0%	0.0%
医科_10対1	13362(56.3%)	17.6%	1.8%	2.0%	0.1%
医科_13対1	1807(51.7%)	17.6%	1.9%	1.7%	0.2%
医科_15対1	2423(41.8%)	18.9%	1.9%	2.9%	0.2%
DPC_7対1	2690(53.3%)	28.4%	2.2%	0.0%	0.0%
DPC_10対1	545(50.9%)	24.6%	3.3%	0.0%	0.2%

[†] 各管理料・入院基本料を算定した患者数に占める割合

続いて、退院・在宅医療の加算等の算定割合を算出した。退院時リハビリテーション指導料の算定は、DPC_10対1で最も高く(18.3%)、続いて医科_管理料1で高かった(16.1%)。訪問看護指示料の算定は、医科_管理料1とDPC_管理料2で最も高かった(2.2%) (表 7-2)。

表 7-2) 退院・在宅医療の加算等の算定割合

	患者数(割合 [†])	退院時リハビリ テーション指導料	退院調整加算 (一般病棟 入院基本料等)	退院前 訪問指導料	訪問看護 指示料
医科_管理料1	180(53.7%)	16.1%	0.6%	0.0%	2.2%
医科_管理料2	784(50.3%)	2.8%	0.1%	0.6%	1.1%
DPC_管理料1	35(35.4%)	5.7%	0.0%	0.0%	0.0%
DPC_管理料2	91(22.1%)	1.1%	2.2%	0.0%	2.2%
医科_7対1	8407(61.8%)	9.6%	7.5%	0.1%	0.7%
医科_10対1	13362(56.3%)	10.9%	5.3%	0.3%	0.6%
医科_13対1	1807(51.7%)	14.5%	3.0%	0.3%	0.6%
医科_15対1	2423(41.8%)	12.7%	1.9%	0.7%	0.5%
DPC_7対1	2690(53.3%)	14.1%	10.7%	0.1%	0.9%
DPC_10対1	545(50.9%)	18.3%	9.2%	0.2%	1.8%

[†] 各管理料・入院基本料を算定した患者数に占める割合

【考察】

1) 患者属性

我が国の65歳以上人口における認知症有病率は、15%という推計がある⁴。本データセットでは、75歳以上患者における認知症患者の割合が最も高かったDPC_管理料1においても9.1%であり、上記の推計よりも低かった。この理由として、認知症の薬剤を使用している患者に対してのみ、認知症のコードを付与するというレセプトを算定する上での特性が影響していると考えられる。

なお、亜急性期入院医療管理料では高齢の患者が対象になるという指摘があったが⁵、本研究の結果においても、一般病棟入院基本料と比較して75歳以上の患者の割合が高かったことから、先行研究の結果と一致した。

2) 管理料1・管理料2の手術、リハビリテーション、加算の算定状況

医科入院とDPCの管理料1、管理料2を比較した場合、いずれもDPCにおける手術の実施割合が高くなった。この傾向は7対1、10対1でも同様であり、DPC対象病院は出来高病院と比較して、より手術を実施している可能性がある。

医科入院、DPC共に管理料2における手術の上位3疾患は運動器疾患に関連しており、骨折患者数も多く、運動器リハビリテーションの実施割合が90%を超えていることから、主として運動器の手術や術後のリハビリテーションを担っていると考えられる。ただし、DPC_管理料2における手術の実施割合が最も高い理由として、平成24年10月に別の管理料・入院基本料の算定期間に手術を実施した場合、同月内の実施であれば手術の件数に含まれるという本研究のデザインが影響している可能性もある。

医科入院・DPCレセプト共に、管理料2と比較して、管理料1における75歳以上と認知症患者の割合が高かったことから、管理料1にはリハビリテーションの適応になりにくい高齢者が入院していると可能性がある。

亜急性期入院医療管理料に在宅復帰支援機能が期待されていたことから、管理料1・管理料2共に退院時に算定できる訪問看護指導料の算定割合を参照したところ、他の入院基本料と比較して顕著な差はなかった。この理由として、75歳患者の割合が高いものの、必ずしも退院後にも継続的に医療を必要とする状態の患者が多いとは限らないことに加えて、訪問看護の利用率が低いこと等が考えられる。

【本研究の限界】

⁴ 朝川隆：都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応（総合報告書）、厚生労働科学研究費補助金 認知症対策総合研究事業、2013年
http://www.tsukuba-psychiatry.com/wp-content/uploads/2013/06/H24Report_Part1.pdf
(2015年7月27日アクセス)

⁵ 篠田、前掲書

データセットに年齢、病床数、主傷病名、退院に関する情報が含まれていないのは、分析する上での大きな制約であった。年齢が含まれないために、各管理料や入院基本料の平均年齢を算出できず、本研究では 75 歳以上の患者が占める割合で代替することによって、患者属性を推定せざるをえなかった。手術の実施割合に関する分析では、医科入院と DPC の管理料 1、管理料 2、7 対 1、10 対 1 を比較した場合、いずれも DPC における実施割合が高くなった。これは病床規模が大きい病院ほど、DPC 対象病院であり、より多くの手術を実施していることによるかもしれないが、病床規模の側面からは検討できなかった。また算定されたすべての傷病名コードは含まれているものの、主傷病名とそれ以外の病名を判別できないので、どのような疾患が契機となり入院に至ったかは把握できなかった。亜急性期入院医療管理料の役割のひとつに在宅復帰支援機能がある。しかし、退院に関する情報が含まれておらず、31 日にデータがない患者を退院患者として推定せざるをえなかったが、31 日に外泊した場合等もデータがないことが想定されるので、過小推計になっている。

また、平成 24 年 10 月に一度でも亜急性期入院医療管理料もしくは一般病棟入院基本料を算定した患者を抽出対象に含めたが、同月内に他の管理料・入院基本料等を算定したかは考慮していない。例えば、手術の実施割合を算出したが、必ずしも該当の管理料・入院基本料の算定期間内に実施したとは限らず、別の算定期間内に実施された可能性がある。今後は、該当の管理料・入院基本料の算定期間内に実施された医療行為に限定した研究が求められる。

これらの限界があるものの、レセプトデータを用いて亜急性期入院医療管理料を算定した患者の属性や診療内容を明らかにした本研究の意義は大きい。

【地域包括ケア病棟に対する提言】

平成 26 年度診療報酬改定において、地域包括ケア病棟入院料・地域包括ケア入院医療管理料が新設されたことに伴い、同年 9 月末をもって亜急性期入院医療管理料は廃止された。亜急性期入院医療管理料を算定していた病院の多くが地域包括ケア入院医療管理料に移行したと推察されるが、施設基準（在宅復帰率、DPC データ提出等）の要件がより高く設けられたため、移行の難しさが指摘されている。また、200 床以上の病院では病棟単位で地域包括ケア病棟入院料を算定するため、急性期における平均在院日数の短縮との関連から、この病棟を届け出る大規模病院が増加すると考えられる。

本研究における亜急性期入院医療管理料の解析では、高齢者が多く、特に骨折後では極めて高い割合でリハビリテーションが行われていた。この傾向は、地域包括ケア病棟にも受け繋がれるであろう。

地域包括ケア病棟は、「①急性期後の患者の受け入れ、②在宅で急性増悪した患者の受け入れ、③在宅復帰支援という 3 つの機能を主に担う」と定義されている。しかし、ほぼ一

律の包括支払いとなっているので、いわゆる救急医療と同様に、既往歴や病態が分からず、複数の検査が必要になり、より多くの医療費がかかる②の機能を担う可能性は低いと考えられる。

医療の機能分化が進む中で、地域医療構想において、地域包括ケア病棟が地域包括ケアシステムを支援する病床の中心になる診療報酬制度の構築が必要である。

【巻末資料】

●脳卒中・骨折・認知症の対象 ICD10 コード

脳卒中	I60\$, I690、I61\$, I691、I692、I63\$, I65\$, I66\$, I693、I64
骨折	M4840、M4843、M4844、M4845、M4849、M4841、M4842、M4846、M4847、 M4848、M800\$, M801\$, M802\$, M803\$, M804\$, M805\$, M808\$, M809\$, M8405、M8406、M8407、M8415、M8416、M8417、M8425、M8426、M8427、 M8445、M8446、M8447、T911、T912、T931、T932、M8401、M8402、M8403、 M8404、M8411、M8412、M8413、M8414、M8421、M8422、M8423、M8424、 M8431、M8432、M8433、M8434、M8441、M8442、M8443、M8444、T921、 T922、M907\$, M966、S020\$, S021\$, S022\$, S023\$, S024\$, S026\$, S027\$, S028\$, S029\$, S128\$, S222\$, S223\$, S224\$, S228\$, S229\$, S220\$, S221\$, S320\$, T08\$, S4200、S4210、S4201、S4211、S4220、S4230、S4270、S4280、 S4290、S4221、S4231、S4271、S4281、S4291、S4240、S5200、S5210、S4241、 S5201、S5211、S5220、S5230、S5240、S5250、S5270、S5280、S5290、S5221、 S5231、S5241、S5251、S5271、S5281、S5291、S5260、S6200、S6210、S6220、 S6230、S6240、S6250、S6260、S6270、S6280、S5261、S6201、S6211、S6221、 S6231、S6241、S6251、S6261、S6271、S6281、S7200、S7210、S7220、S7230、 S7270、S7280、S7290、S7201、S7211、S7221、S7231、S7271、S7281、S7291、 S7240、S8200、S8210、S8270、S7241、S8201、S8211、S8271、M8436、S8220、 S8230、S8240、S8290、S8221、S8231、S8241、S8291、M8437、S8250、S8260、 S8280、S9200、S9210、S9220、S9230、S9240、S9250、S9270、S9290、S8251、 S8261、S8281、S9201、S9211、S9221、S9231、S9241、S9251、S9271、S9291、 S120\$, S121\$, S122\$, S127\$, S129\$, S321\$, S322\$, S323\$, S324\$, S325\$, S327\$, S328\$, T02\$, T10\$, T12\$, T142\$
認知症	F00\$, F01\$, F02\$, F03、G300、G301、G308、G309

●リハビリテーションのコード

診療行為コード	リハビリテーション名称
180032710	運動器リハビリテーション料 (1)
180027810	運動器リハビリテーション料 (2)
180027910	運動器リハビリテーション料 (3)
180029510	運動器リハビリテーション料 (1) (120 日超)
180029610	運動器リハビリテーション料 (2) (120 日超)
180034510	運動器リハビリテーション料 (1) (要介護)
180034610	運動器リハビリテーション料 (2) (要介護)
180034710	運動器リハビリテーション料 (3) (要介護)
180032410	脳血管疾患等リハビリテーション料 (1) (廃用症候群)
180032510	脳血管疾患等リハビリテーション料 (2) (廃用症候群)
180032610	脳血管疾患等リハビリテーション料 (3) (廃用症候群)
180027610	脳血管疾患等リハビリテーション料 (1) (廃用症候群以外)
180027710	脳血管疾患等リハビリテーション料 (2) (廃用症候群以外)
180030810	脳血管疾患等リハビリテーション料 (3) (廃用症候群以外)
180034010	脳血管疾患等リハビリテーション料 (1) (要介護・廃用症候群)
180034210	脳血管疾患等リハビリテーション料 (2) (要介護・廃用症候群)
180034410	脳血管疾患等リハビリテーション料 (3) (要介護・廃用症候群)
180033910	脳血管疾患等リハビリテーション料 (1) (要介護・廃用症候群以外)
180034110	脳血管疾患等リハビリテーション料 (2) (要介護・廃用症候群以外)
180034310	脳血管疾患等リハビリテーション料 (3) (要介護・廃用症候群以外)
180029310	脳血管疾患等リハビリテーション料 (1) (140 日超)
180029410	脳血管疾患等リハビリテーション料 (2) (140 日超)