

## 急性期以降の施設ケアにおけるケースミックス、資源消費、評価手法に関する日本とカナダの比較

医療法人社団永生会 永生病院 理事長

安藤 高朗



### 【スライド-1】

この度は、診療報酬に直接結びつく大変貴重な研究をさせて頂きまして、誠にありがとうございました。また、国際医療福祉大学の高橋学科長先生、それから九州大学の大河内先生に大変お世話になりました。感謝しております。

### スライド-1



### 【スライド-2】

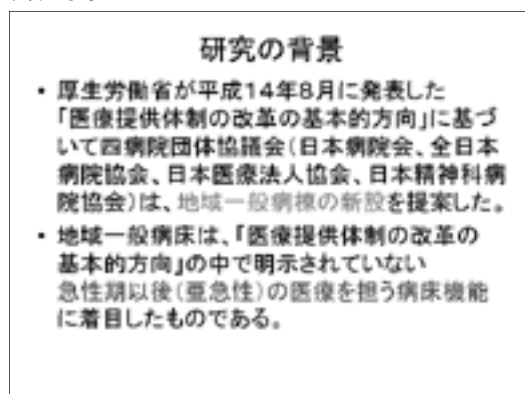
研究の背景です。

厚生労働省が平成14年8月に発表しました「医療提供体制の改革の基本的方向」に基づいて、日病、全日病、医療法人協会、日精協の4つの病院団体は、地域一般病棟の新設を提案しました。地域一般病棟とは、「医療提供体制の改革の基本的方向」の中で明示されていない急性期以後の亜急性期の医療を担う病床です。

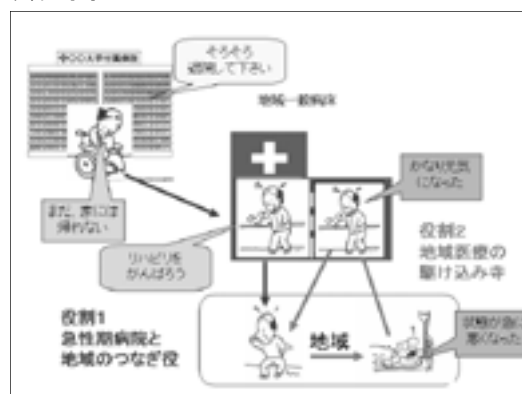
### 【スライド-3】

これを図で表わしますと、大学病院などで治療を終えたけれども、まだ家には帰れない。もう少し治療が必要だという方にリハビリテーションなどを提供して、地域に帰っていただくという急性期病院と地域のつなぎ役の機能、もう一つは、地域に帰った方で、合併症が多い高齢者などが具合が悪くなった時に、大学病院にまで行かなくても気軽に利用できるような、地域の駆け込み寺的な機能、と考えていただければと思います。

### スライド-2



### スライド-3



スライド-4

**研究の目的と当初の予定**

(当初の目的)

- 海外(カナダ)の事例も参照し、また亜急性期(与地域一般病床)対象患者のデータを収集し、平成18年(2006年)の診療報酬改定にむけて急性期以降の施設ケアにおける望ましいあり方を提言し、必要な管理手法を開発すること。

(当初の予定)10月研究開始—文献検索、視察、調査の準備

2004年3月 カナダ視察(高橋、大河内)  
(この結果をもとに、亜急性期対象の調査デザインを行う)

2004年6月頃 地域一般病床対象患者全国調査

2004年8,9月 データ収集、解析、提言など

スライド-5

**研究の進行の概要**

2003年10月1日 研究開始—→(2004年11月)亜急性期病床新設の機運高まる

2003年12月~04年1月(緊急)亜急性期病床に関わる全国調査

2004年3月17日~2004年3月29日 カナダ視察(高橋、大河内)

2004年4月1日 平成16年度診療報酬で、  
亜急性期入院医療管理料が新設

2004年9月20日 研究開始終了

#### 【スライド-4】

次に研究の目的ですが、カナダの事例も参照して、亜急性期対象の患者のデータを収集し、平成18年の診療報酬改定に向けて急性期以降の施設ケアにおける望ましいあり方を提言し、必要な管理手法を開発するという事です。

当初の予定ですが、10月に研究開始いたしまして、文献等検索、視察をし、2004年3月に高橋先生と大河内先生にカナダに行ってくださいました。この結果をもとに、亜急性期のイメージというものを作って参りました。2004年の6月頃に、地域一般病床対象患者の全国調査を行なうということで、2004年8月、9月にデータ収集、解析、提言ということでした。

#### 【スライド-5】

研究の進行の概要は、2003年10月頃から、亜急性期病床の新設のチャンスがあるのではないかとありました。2003年12月、もう年末だったのですが、緊急に亜急性期病床に関わる全国調査をいたしました。時間がない中、全国からデーターを収集して、報告書をまとめました。それに伴いまして、2004年3月17日から3月29日までカナダに視察の後、2004年4月1日に平成16年度診療報酬改訂の中で、亜急性期の入院医療管理料が新設されました。

#### 【スライド-6】

亜急性期の状態に該当する患者に関する緊急調査の内容ですけれども、全日病の診療報酬委員会が中心となってまとめることができました。亜急性期病床の機運が突然高まったけれども、実際に亜急性期に該当する患者のデータが存在しないという中で、果たして亜急性期というような状態の方が一般病床にいるのかどうか、その場合は医療費はどの程度かかっているのか、というようなところが主なものです。

目的は、民間病院に入院中の亜急性期

スライド-6

**亜急性状態に該当する患者に関する緊急調査の概要**

診療報酬委員会委員長 樋口雄二  
全日病調査員 佐藤尚樹  
国際医療福祉大学教授 高橋孝

(調査の背景)  
亜急性期病床新設の機運が突然高まったが、  
亜急性に該当する患者のデータが存在しない  
(果たして亜急性に該当する患者が一般病床にいるのか、  
いる場合、医療費はどの程度が適当か?)

(目的)  
民間病院に入院中の亜急性状態に該当すると  
思われる患者に関する現状を把握すること。

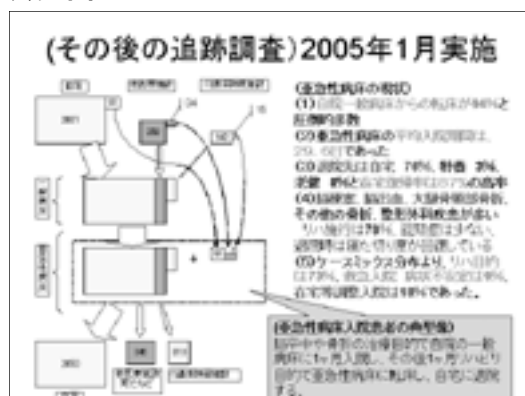
[illegible]

## 対象と調査方法

- ・ 54病院の協力を得、亜急性性対象患者が多く入院していると思われる病棟に入院していた3330人の入院患者のデータを手入した。
- ・ 平成15年12月の第4週のある1日を調査日と定め、その日の調査対象病棟の全患者の状態で病棟に関する調査用紙に記入を行う形で、調査対象病棟のケースミックスを把握する調査を実施した。
- ・ また調査対象となった患者の12月分のレセプトを添付してのデータ提供を願い、12月の入院期間の1日あたりの入院総医療点数、12月の入院期間中に発生した、手術点数、リハビリ点数、1000点以上の処置点数を抽出した。

[illegible]

スライド-10



スライド-11



# 【スライド-10】

図で表わしたものです。上の方の自宅、それから他医療施設、介護施設から、直接亜急性期に入院された方が、それぞれの四角から亜急性病床の点線の四角形に向かう曲線で表わされております。

亜急性期の現状ですが、自院一般病床からの転床が94 %と圧倒的に多くなっております。平均入院期間は約29.6日でした。退院先は自宅が76 %、特養が3 %、老健が8 %と、在宅復帰率は87 %という高率です。

先ほどもお話ししましたが、脳梗塞、脳出血、大腿骨頸部骨折、その他の骨折、整形外科の疾患が多くなっております。リハ施行も多く78 %です。認知症は少ないという状況です。ケースミックスの分布により、リハ目的は73 %、それから救急入院、病状不安定は9 %、在宅などの調整入院は18 %です。

# 【スライド-11】

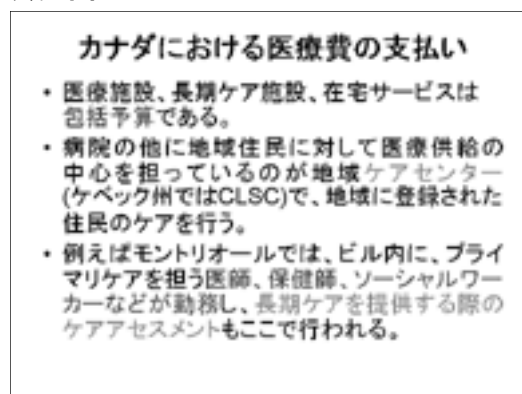
スライドはカナダにおける長期ケアです。

カナダは非常に高齢者医療の充実している国で、視察も行なったわけですが、カナダの高齢者の研究員の方と、いろいろなお話し合い・議論をさせていただきました。

# 【スライド-12】

カナダにおける医療費の支払いは、医療施設、長期ケア施設、在宅サービスは包括になっております。また、病院の他に地域住民に対しての医療供給の中心を担っているのが地域ケアセンターで、そこに登録された住民のケアを行うというシステムです。例えばモントリオールでは、一つのビル内に医師、看護師、ソーシャルワーカーが勤務されていて、長期ケアを提供する際のケアアセスメントもそこで行われています。窓口が一本化されて、非常に分かりやすくなっております。

スライド-12



スライド-13

**カナダにおけるケースミックスの利用**

- ・ ケースミックスは原則として内部のマネジメントのために用いられる。
- ・ 亜急性期やリハビリテーションの評価は、カナダ健康情報研究所(CIHI)が設計した(Rehabilitation Client Group: RCG)が使用されている。
- ・ カナダでは簡易Minimum Data Set (MDS)が用いられているが、RCGはMDSの結果そのものではなく、入院患者の基礎疾患を基に17群に分ける単純なものであった。
- ・ この方式が使用されるのはDesignated Rehabilitation bedsという亜急性期のリハビリテーションに限られている。
- ・ またカナダ健康情報研究所(CIHI)はRCGを用いてリハビリテーションのNational Rehabilitation Reporting System(NRS)を開発した。

スライド-14

**カナダにおけるケースミックスの利用**

このように、ケースミックス区分とそのレポーティングシステムを組み合わせることで、亜急性期リハビリテーションの概要を知ることができ、医療政策および内部マネジメントに有用であると考えられ。  
 ・なおこれらのデータはCIHIのホームページで閲覧可能である。

Source: CIHI, CNA 2000-2001  
 Rehabilitation Client Group

スライド-15

**カナダにおけるIntegrated Careの試み**

- ・ Integrated care(統合ケア)というサービス提供モデルが、イギリスやアメリカ、カナダで試みられている。
- ・ ここではカナダのケベック州における実証事件であるSIPA(Système de services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie)プロジェクトについて述べる。
- ・ このプロジェクトでは高齢者約1200名を、介入として、Single entry point(地域ケアセンター)におけるアセスメントと強力なケアマネジメントを行うことで、在宅におけるコミュニティーサービス(ホームヘルプ・ショートステイ等)を増強させた群(SIPA群)と、これまでどおりのケアを受ける群(従来群)とにランダムに振り分けて行われた。

スライド-16

**カナダにおけるIntegrated Careの試み**

その結果SIPA介入群では、強力なケアマネジメントの実施と地域のプライマリケア医や病院等の医療との連携により、

- ・ 在宅サービス利用の増加、
- ・ 急性期入院の短縮、
- ・ ナーシングホーム待機者の減少、
- ・ 満足度の向上

などの結果を  
 医療と介護の総コスト増なしに達成した。

#### 【スライド-13】

次に、カナダにおけるケースミックスの利用の仕方ですが、ケースミックスは原則として内部のマネジメントのために行われています。亜急性期やリハビリテーションの評価は、カナダ健康情報研究所(CIHI)が設計しましたRCG(Rehabilitation Client Group)というものが使われております。カナダでは簡単なMDS(Minimum Data Set)が行なわれていますが、RCGは、MDSの結果そのものではなくて、入院患者の基礎疾患をもとに17個の群に分けて、単純化されたものです。

この方式が使用されているのはDesignated Rehabilitation bedsという亜急性期のリハビリテーションに限られております。また、先ほどのカナダの健康情報研究所は、このRCGを用いまして、リハビリテーションのNational Rehabilitation Reporting System(NRS)を開発いたしました。

#### 【スライド-14】

カナダにおけるケースミックスの利用の仕方は、このような形でできております。

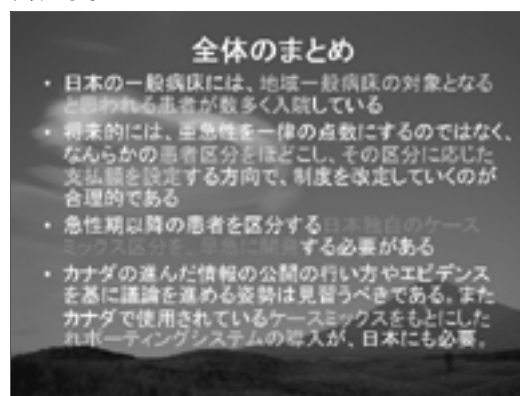
#### 【スライド-15, 16】

カナダにおけるIntegrated Careの試みとしては、これを行なうことによりまして、在宅サービスの利用が増加したとか、急性期入院の在日数が短縮したとか、ナーシングホーム待機者の減少、また、満足度の向上ということで、非常に良い結果が出ております。

【スライド-17】

最後のまとめですが、日本の一般病床には、地域一般病床の対象となると思われる患者が数多く入院しています。将来的には亜急性期を一律の点数にするのではなくて、何らかの患者区分を施して、その区分に応じた支払い額を設定する方向で制度を改定していくのが合理的ではないかということです。急性期以降の患者を区分する日本独自のケースミックス分類を、早急に開発する必要があると思われます。そういう意味でも、カナダの進んだ情報公開の行い方やエビデンスをもとに議論を進めていくことは、意義があると思われます。また、カナダで使用されているケースミックスをもとにしたレポーティングシステムの導入が、日本にも必要だと思われました。

スライド-17



## 質疑応答

**座長：** これは現在、非常に重要な問題で、厚生労働省からの要請もあって行なわれた研究と理解しますが、印象的なのは、亜急性の患者さんの中に認知症がほとんどいなかったということです。私は今、新座市の170床の一般病床の病院に勤めておりますけれども、極言すればほとんどが認知症です。

従って、先生の出されたデーターをもとに厚生労働省が政策を決定された時に、わが国の現状と乖離したものとなることが危惧されますが、その点はどうなのでしょう。

**安藤：** それは充分考えられると思います。今回は特に急性期の中に入院されている方で、始めから非常に認知症が強い方というのは、その後、自宅と言うよりは老人性痴呆疾患療養病棟ですとか、直接療養型の方に行かれることが多い。そういう中で、先生がおっしゃられるように、痴呆があっても、帰りたい、帰っていきいたいというようなニーズがだんだん高まって行く時には、きちっとこの状態の中から対応していく必要があると思われます。

**会場：** 共同研究者の高橋です。今の先生の質問についてお答えします。亜急性病床というのは一般病床とは違いまして、去年の春からできたもので、一般病床の10%以下、日本のベッド数の2%に満たない位の数です。そこに入れる患者さんというのは、在宅に帰すことというのが条件に入っておりますので、今、帰れる人を選んで入れている。だから今、一般病床の状況を必ずしも表わしているものではないのです。何人かの先生に聞きましたが、入れる時に、帰せる見

---

込みがあって採算が合う人をピックアップして選んでいるというのが今の状況です。現在の一般病床の状況とは全く別物の結果が、追跡調査の方で出ているということです。

座長： わかりました。それから、最後のスライドのところで、国際比較という観点からカナダのシステムを詳しく見て来られたということですが、ご説明が早くてよく分かりませんでした。

安藤： カナダでは、病態に関するケースミックス診療をしておりますし、高齢者の亜急性期の部分も含めて窓口が一本化されている。更にそういうものをきちっとしたレポーティングシステムで表わしているというところが、非常に重要なことです。今、日本の中ではそういうところがまだ行なわれていませんので、そこら辺を早急にやっていく。そしてある程度、亜急性期におけるケースミックスというものが日本でも確立していけば、国際比較にもつながっていくのではないかと考えております。