

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

洛和会丸太町病院 整形外科
盛房 周平・牧 昌弘

Management of Orthopaedic Patients in Subacute Care Unit Under the New DPC System

Department of Orthopaedic Surgery, Rakuwakai Marutamachi Hospital
Shuhei Morifusa, Masahiro Maki

【要旨】

急性期病院である当院は在院日数の短縮が困難で新規入院に支障を来すため、亜急性病床8床を新設しDPC (Diagnosis Procedure Combination 以下DPCと略す) 算定下で当院算定の診断群別転床適正期間リストを作成し病床調節を行った。亜急性病床導入より1年間に転床となった整形外科患者60症例に対して転床日翌日の算定点数を診断群別4期間 (DPC算定下特定包括3期間と算定外出来高時期) に分類し、亜急性包括算定点数 (2,050点/日) と比較し検討した。90%の54症例が転床時には亜急性算定点数2,050点以下の優良な転床時期であった。また残りの6症例においても亜急性転床日より1~5日目ですべて減収分は償却され退院時には良好な収支であった。なお在宅復帰率は96.7%であった。DPC算定の転床適正期間リストを活用した亜急性病床調節により、円滑な新規入院が可能となり収支面においても治療方針を大幅に変えることなく医療を提供することができた。

【Abstract】

Management of subacute care beds was controlled using the list determined by the appropriate period of transfer to subacute care under the new DPC system. Payments under the new DPC system and the conventional fee for service system in acute unit, and the prospective system in subacute unit, were compared in 60 orthopaedic cases that were transferred to the subacute unit. The result of 54 cases (90%) was excellent in terms of hospital reimbursement. The remaining 6 cases also did fairly well. Ninety six point seven percent of patients went home from the subacute care unit. Our method of bed control for subacute care patients using the list enabled us to accept new admissions without harming hospital reimbursement.

Key words : 診断群分類、包括報酬、亜急性病床
DPC, prospective payment, subacute care unit

【はじめに】

当院の総病床数は170床で、急性期129床、亜急性8床、医療療養10床、介護療養23床で構成されている。救急搬入は月170例のペースであり、当院整形外科入院層は若壮年手術症例群 (急性期外傷・慢性期疾患を含む) と高齢者骨粗鬆症関連骨折群に大きく二分されている。当院には回復期リ

ハビリテーション病棟はなく、昨今介護認定制度改定による認定みなし患者の介護療養棟への転棟が困難となり、在院日数の短縮化が一層厳しく新規入院に支障を来している。また近年DPC導入に伴い収支面においても長期の急性期病床入院も厳しい状況である。そこで2009 (平成21) 年6月より急性期病床より8床を亜急性病床として新設し、月2回更

新作成されるDPC算定下で当院算定の診断群別転床適正期間リストを活用しベッドコントロールを行い、新規入院促進（在院日数短縮化）と収支面での調整を図っているので報告する。

【対象および方法】

対象は2008（平成20）年6月より2009（平成21）年5月末までに急性期病床より亜急性病床に転床となった64症例中整形外科患者60名である。症例の平均年齢は59.0歳（16～92歳）、男性24女性36である。方法は転床日翌日の各診断群別算定点数を4期間（DPC算定下特定3期間と算定外出来高時期）に分類し、亜急性総括算定点数（2,050点/日）と比較し検討した。また亜急性稼働率、急性期入院期間、亜急性期入院期間、在宅（居宅・施設）復帰率についても検討を加えた。

【結 果】

亜急性病床の稼働率は平均59.8%（49.2～79.0%）であり急性期入院稼働の高い冬場にリンクして高い稼働率であった。亜急性病床転床例60症例の平均急性期在院日数は27.5日（2～103日）、平均亜急性在院日数は19.2日（2～81日、限界90日以内）であった。在宅復帰率は60症例中58症例（96.7%）と良好で規約に準じた結果となった（表1）。亜急性病床転床日翌日の算定定数を診断群分類点数表4期間（DPC特定3期間と出来高期間）に分類した。結果は当院分で算定された診断群分類点数表に基づき、DPC算定下での診断群別 I 未満入院期間算定点数6症例（平均46.0歳）、I 以上II未満入院期間算定点数28症例（平均63.1歳）、II以上特定期間内算

定点数21症例（平均56.0歳）、出来高期間算定点数5症例（平均56.8歳）であった。該当入院分では診断群別で全例が I 未満算定点数>亜急性期算定点数（2,050点）> I 以上II未満算定点数であったため、急性期在院日数がII期間を超えた54症例（60症例中）90%は優秀な転床期間と断定できた（表1）。急性期在院日数が I 未満の症例についても亜急性転床日より1～5日で減収分は償却され（1日目が1例、2日目が3例、3日目が1例、5日目が1例）、退院日はすべて償却日以後であり良好な収支となった。亜急性転床の症例は若年・壮年層では下肢・足の手術症例（下腿骨折13例、足関節骨折6例、踵骨骨折6例、アキレス腱損傷4例、外反母趾等足の慢性疾患7例）、高齢者では比較的ADLに問題のない居宅可能な大腿骨近位端骨折10例や脊椎圧迫骨折7例が主体であった。

【考 察】

厚生労働省の推奨するDPC算定では診断群別に在院日数により算定点数が段階的に漸減されていき、在院日数は特定期間を I、II、III期間に分類しており、算定点数は I 未満、I 以上II未満、II以上特定期間で病院ごとに算定されている。DPC制度は急性期治療を算定して作成されている。そのため急性期治療の終えた症例は退院を促進する必要がある、円滑に退院できる症例に対しては後方施設の確保が重要となる。当院の実情は下肢手術症例や高齢者が多く必ずしも急性期終了時点で退院に向かわない症例も存在する。当院は急性期病院であるがケアミックス型で亜急性病床と療養（医療・介護）病棟を有している。後進となる回復期リハビリテーション病棟はなく、介護度という条件が介護型では足かせになり、亜急性病床は在宅退院者に限るという予測があるが当院では包括に余裕のある亜急性病床への転床が有効であると選択した。

最適な医療を提供する（収支面で）には、DPC算定にあわせた場合は入院目的に対しての必要最低限の医療資源を投資する方法が挙げられる。そのためには薬剤、検査等を極力控えることであるが入院平均年齢が高くなると併存症のフォローも必要な場合が多い。次に外来への術前検査の移行に関しては緊急入院では実行不可能である。在院日数の短縮においては入院平均年齢が高くかつ下肢外傷疾患手術症例が多く早期退院が困難な場合が多い。

もう一つの方法はDPC算定から除外させる場合である。

表1 結 果

- ・稼働率：平均59.8%（49.2～79.0%）
- ・平均急性期在院日数：27.5日（2～103日）
- ・平均亜急性期在院日数：19.2日（2～81日）
- ・在宅復帰率：96.7%（58/60）

期 間	DPC			出来高
	I 未満	I～II 未満	II 以上	
症 例 数	6	28	21	5
平均年齢	46.0	63.1	56.0	56.8
算定点数	2,050以上 6（10%）	2,050未満 54（90%）		

当院では療養病棟や亜急性期病床への転床が考慮される。介護認定を入院時に有する症例は介護病棟へ移行可能であるが、高齢で介護認定が急性期に認定されない症例の中で居宅可能な症例を亜急性期病床に転床することは可能である。比較的早期で急性期治療が終了し退院時期を予測できる若年・壮年層の下肢・足手術症例を主体に亜急性期病床を運営し稼働を高め、急性期稼働が低い時期には在宅可能見込みの高齢者で補う方針をとり、各々の亜急性期病床での在院日数をコントロールした。

収支面では、いつ亜急性期病床に転床する時期が適切であるのかを考察した。例として肘関節脱臼骨折の症例について考察する。当院における診断群分類点数表を示すと表2の

表2 治療方針を大幅に変えずに患者様に医療を提供するには？

例) 肘関節周辺の骨折・脱臼 手術あり 副傷病なし

	I 期間	II 期間	特定期間	亜急性期病床 入室から90日が限度 2,050点
算定日数	1～2日	3～5日	6～14日	
一日当たりの包括点数	2,801点	2,192点	1,863点	

入院患者の平均年齢が高い当院では、医療資源の投与をただ引き下げるのではなく、包括点数に余裕のある亜急性期病床への転床が有効であった。

ようにDPC算定下での3段階の算定日数点数はI期間の算定日数1～2日・1日あたりの包括点数2,801点、II期間の算定日数3～5日・1日あたりの包括点数2,192点、III期間（特定期間内）の算定日数6～14日・1,863点となっている。亜急性期病床の1日あたりの包括点数は2,050点であり、入院後14日以後での転床時期が収支面では適切な時期となり余裕を持った治療が可能となった。急性期の医療資源投資（持ち出し分）を考慮せずに計算上では最適な算定日数は6日、つまり入院後5日目での転床がベストとなる。算定は転床翌日の6日目より算定されるためである。

DPC請求で通常通りの治療を行った場合を図1に示した。包括総収入—出来高総収入の差額を折れ線グラフで表しており、14日を越えた段階から病院の持ち出しが発生することが判明する。合計結果として-807点となる。

亜急性期病床へ転床して治療を行った場合を図2に示した。このグラフは特定期間終了翌日より亜急性期病床へ転床するクリニカルパスを利用したものである。15日目より余裕のある包括点数となり治療方針通りの運用が可能となった。総合計で病院の持ち出しがなくなっている事が示されている。

今回の該当入院分では診断群別で全例1日あたりの包括点数がI期間とII期間との間に亜急性の1日あたりの包括点数2,050点が占拠しているため、急性期在院日数がII期間を超

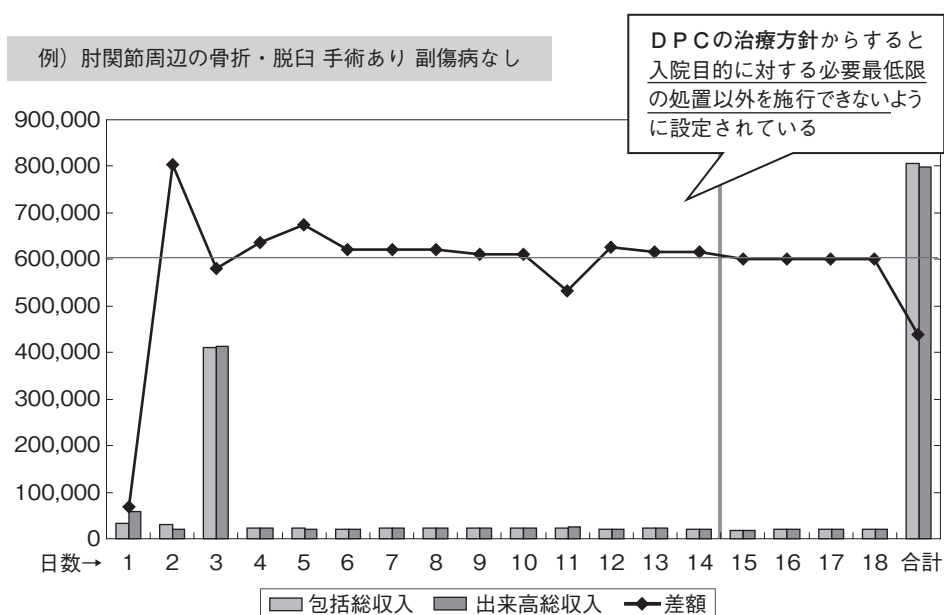


図1 DPC請求で通常どおりの治療を行った場合

特定期間終了翌日より、亜急性期病床へ転床するパスを作成した場合

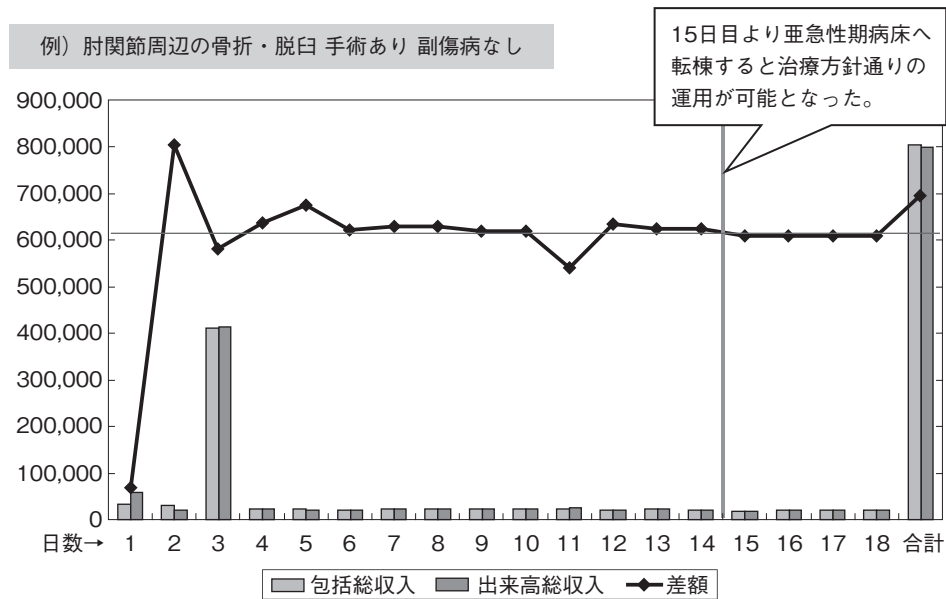


図2 亜急性期病床へ転床して治療を行った場合

えた54症例（60症例中、出来高を含む）では転床時には適切な亜急性期病床転床の時期であった。ただ欲をいえば転床時期はII期28例>III期21例>出来高5例と優先順となるが、その時点での急性期の稼働状態、亜急性性の在院日数の長い症例の占める割合が多く、円滑な稼働がなされていない諸事情を勘案しなければならず一概に評価はできない。かえって不適切な転床時期となったI期間未満の症例は表1のように6症例であった。急性期I期中に亜急性期病床に転床入院日（減収分）は1日間3例、2日間が1例、3日間が3例であった。減収分点数合計は262点～1,050点の範囲であった。亜急性転床翌日よりの減収償却に要する日数は1日1例、2日3例、3日1例、5日1例であった。ただ急性期の病院の持ち出し分の医療資源の投資の考察を入れていないため評価は困難であるが、亜急性在院日数（算定分）は5～49日の範囲内であり、退院日はすべての症例で減収分償却日以後であり、収支には問題ない状態であったと計算上は推測される。

【まとめ】

DPC算定下で在院日数の長い高齢の症例が比較的多い当

院で、医療資源の投与を制限する方法は症例各位に適切な医療を提供することができなくなる。

そこで当院ではDPC算定の転床適正期間リストを活用した亜急性期病床調整により、円滑な新規入院が可能となり収支面においても治療方針を大幅に変えることなく最善の医療を提供することができた。

洛和会丸太町病院看護部 和佐ゆかり氏、同医療統計課 浅野美幸氏の御協力に感謝します。

【参考文献】

- 1) 医学通信社編：DPC点数表の読解術，DPC点数早見表，1-29，2008.
- 2) 医学通信社編：筋骨格系疾患，DPC点数早見表，150-196，2008.
- 3) 医学通信社編：外傷・熱傷・中毒，DPC点数早見表，294-327，2008.