

日本慢性期医療協会定例記者会見

日時：令和3年9月9日16:30～

場所：Web会議システム「Zoom」使用



日本慢性期医療協会

JAPAN ASSOCIATION OF MEDICAL AND CARE FACILITIES

6月23日に開催された第481回中医協総会では、委員より、療養病棟での死亡退院率が50%を超えて高いことに対する指摘があり、同じく中医協委員であり、当会副会長の池端先生が「療養病棟では、在宅や介護保険施設等での療養が困難な、医療的処置が必要な患者を数多く受け入れ、在宅復帰を目指した懸命な治療を行っている。しかし治療を継続しても残念ながら死亡される患者も少なくない。決して『自宅や施設の代わりに看取っている』わけではない」※と反論している。

現実問題として、会員病院の多くは重症患者であろうと回復に向けて治療を行っているが、入院患者の平均年齢は80歳を超え、高齢化と疾病等により、体力や免疫力の低下が著しい。そのような状態で入院してきている患者の予後は必ずしも良いものではない。

もともと、2006年に療養病棟に「医療区分」が導入される以前は、療養病棟の診療報酬体系は包括性であり、いかなる病態でも同じ診療報酬であったため、紹介元の急性期病院にできるだけ軽中度患者の紹介を依頼して、重症患者の入院を忌避してきたことの事実も存在していた。

【平成18年3月末まで】		【平成18年4月～6月】	
療養病棟入院基本料 1	(若人) 1,209点 (老人) 1,151点	(若人) 1,187点 (老人) 1,130点	
療養病棟入院基本料 2	(若人) 1,138点 (老人) 1,080点	(若人) 1,117点 (老人) 1,060点	

引き下げ

患者分類の導入

【平成18年7月以降】			
ADL 3	885点	1,344点	1,740点
ADL 2	764点	1,344点	1,740点
ADL 1	764点	1,220点	1,740点
	医療区分 1	医療区分 2	医療区分 3
	(低	← 医療の必要性 →	高)

療養病棟に紹介してくれる急性期病院も、特定除外制度によって12項目の状態に該当する患者は入院日数に関係なく長期入院が認められていた。

そのため急性期病院の中には、慢性期の重症高齢者が多く入院しており、死亡率も高かった。
しかし2012年に13対1, 15対1一般病床で、2014年には7対1, 10対1一般病床で特定除外制度が廃止された。

特定入院基本料における 特定除外項目

中医協 総 - 1
23. 11. 25

厚生労働大臣が定める状態等にある者

- ①難病患者等入院診療加算を算定する患者
- ②重症者等療養環境特別加算を算定する患者
- ③重度の肢体不自由者(脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。)、脊髄損傷等の重度障害者(脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。)、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等
- ④悪性新生物に対する治療(重篤な副作用のおそれがあるもの等に限る。)を実施している状態にある患者
- ⑤観血的動脈圧測定を実施している状態にある患者
- ⑥心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料を実施している状態にある患者(患者の入院の日から起算して180日までの間に限る。)
- ⑦ドレーン法又は胸腔若しくは腹腔の洗浄を実施している状態にある患者
- ⑧頻回に喀痰吸引及び干渉低周波去痰器による喀痰排出を実施している状態にある患者
- ⑨人工呼吸器を使用している状態にある患者
- ⑩人工腎臓、持続緩徐式血液濾過又は血漿交換療法を実施している状態にある患者
- ⑪ 全身麻酔その他これに準ずる麻酔を用いる手術を実施し、当該疾病に係る治療を継続している状態(当該手術を実施した日から起算して30日までの間に限る。)にある患者
- ⑫前各号に掲げる状態に準ずる状態にある患者

これを機に急性期病院で長期入院できなくなった重症高齢患者を一気に療養病床を有する慢性期病院へ紹介することが増えた。そして医療区分2・3患者割合が80%以上（実質90%以上）の医療療養病棟入院基本料1の病床数が増加した。

人間には寿命がある。

生まれたからには必ず死を迎える。

療養病床で重症患者を治療する立場上、療養病床で死亡する可能性も高く、これらの患者が療養病床に集まっていることは事実である。

しかしながら死亡退院率が50%前後あるということは、逆に言うと軽快退院する患者も半分程度存在するということがあり、これはかなり評価されてもよいということではないか。

現在、急性期病院では死亡退院率が低い。

これは病態によって死亡する可能性が高く、長期入院が必要な患者は、急性期病院に設けられた平均在院日数の縛りにより、慢性期病院へ紹介されてくることがほとんどである。

そしてこれらの患者のほとんどが重度の低栄養、脱水状態、感染症の患者で、適切な治療により治り得る患者である。がん末期のターミナル患者というわけではない。

このことは特定除外患者を多く入院させていた急性期病院は当時、死亡退院率がかなり高かったが、これらの患者が慢性期病院へ移行したことによって、急性期病院での死亡退院率が減少し、逆に慢性期病院での死亡退院率が高いことの遠因となっていると考えられる。

この度、日本慢性期医療協会では、死亡退院の状況に関する緊急調査を実施し、1023の会員病院のうち、504の会員病院が協力してくれた。

会員病院は療養病棟入院基本料を算定する病床のみを有する単独病院よりも、地域包括ケア病棟や回復期リハビリテーション病棟など多機能な病床機能を有する病院が多い。

今回の調査では病棟種別ごとの死亡退院率とともに併せ持つ病棟種別ごとに病院全体の死亡退院率も合わせて調査したので報告する。

日本慢性期医療協会
死亡退院の状況に関するアンケート
集計結果まとめ

【実施】 令和3年（2021年）9月

【対象】 日本慢性期医療協会 病院会員1023病院

【回答】 504病院（病床数：83,979床※）（※介護医療院を除く）

回答病院：504病院（病床数：83,979床※）（※介護医療院を除く）

2020年4月から2021年3月の退院患者数

323,878 人

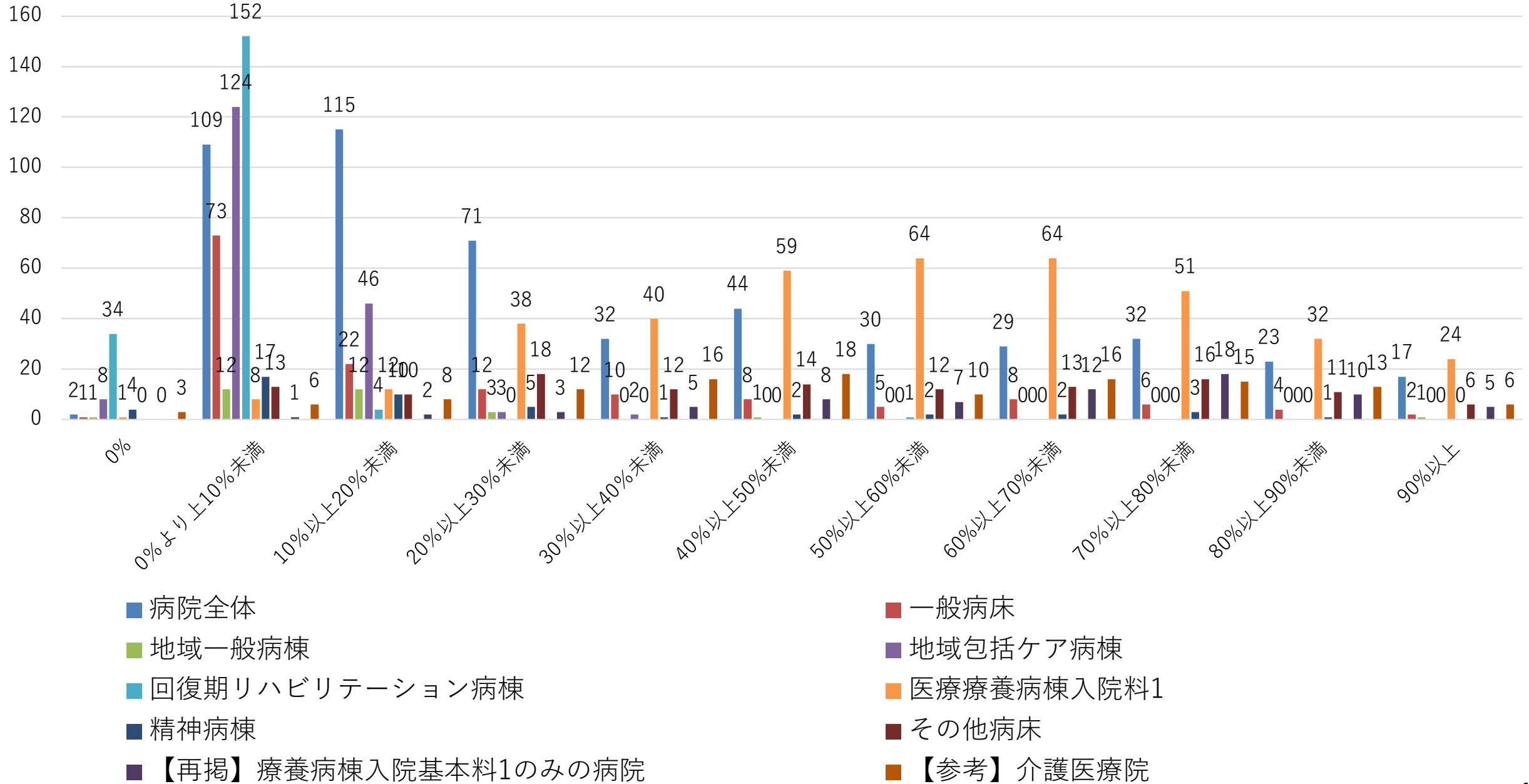
上記のうち死亡退院された患者数

50,289 人

（退院患者に占める割合 15.5%）

病床種別	病院数 (病院)	平均 死亡退院割合	
1.一般病床	151	7.9%	地域一般、地ケア、回りハ除く
2.地域一般病棟	30	11.9%	
3.地域包括ケア病棟	183	6.7%	
4.回復期リハビリテーション病棟	191	1.6%	
5.療養病棟入院基本料1	393	49.5%	
6.精神病床	47	12.2%	
7.その他病床	125	39.5%	療養病棟入院基本料2、 介護療養病床、特殊疾患病棟、 障害者病棟など
8.【再掲】療養病棟入院基本料1のみの病院	71	60.0%	
病院全体	504	15.5%	
【参考】(院内併設型)介護医療院	123	43.4%	

病床種別ごとの死亡退院割合



回答した会員病院のほとんどが、療養病床をはじめ、4つの病棟種別（①一般病床、②地域一般病棟、③地域包括ケア病棟、④回復期リハビリテーション病棟）など、多機能な病棟を有していることが多い。

	病院数	死亡退院率	
		病院全体	療養病棟入院基本料1
4つの病棟種別のいずれか＋療養病棟入院基本料1	235病院（47%）	16.4%	44.3%
4つの病棟種別のいずれか＋療養病棟入院基本料1以外の病棟	88病院（17%）	6.1%	-
療養病棟入院基本料1のみ	71病院（14%）	60.0%	
療養病棟入院基本料1＋その他の病棟（療養病棟入院基本料2、介護療養病棟、特殊疾患病棟、障害者病棟、介護医療院など）	87病院（17%）	46.8%	55.4%
その他の病棟（療養病棟入院基本料2、介護療養病棟、特殊疾患病棟、障害者病棟、介護医療院など）のみ	23病院（5%）	22.2%	-
全体	504病院	15.5%	(393病院) 49.5%

4つの病棟種別（①一般病床、②地域一般病棟、③地域包括ケア病棟、④回復期リハビリテーション病棟）医療療養病棟入院基本料1（療養1）の組み合わせ別に「療養1」の死亡率を見ると、療養1のみの病院の死亡退院率（60.0%）の方が高い。

病床種別				病院数	【療養1】死亡退院率（%）	
			回リハ	療養1	40	42.9
		地ケア		療養1	38	38.7
		地ケア	回リハ	療養1	30	43.0
一般		地ケア	回リハ	療養1	29	43.6
一般				療養1	28	54.6
一般		地ケア		療養1	25	46.8
一般			回リハ	療養1	22	48.7
	地域一般	地ケア		療養1	9	47.6
	地域一般			療養1	5	44.4
	地域一般		回リハ	療養1	4	35.7
	地域一般	地ケア	回リハ	療養1	3	46.6
一般	地域一般	地ケア		療養1	1	43.1
一般	地域一般		回リハ	療養1	1	69.0
一般	地域一般			療養1	0	-
一般	地域一般	地ケア	回リハ	療養1	0	-
合計					235	44.3

- ◆療養病床の他に回復期リハ、地域包括ケアなどの他の病床種別を併せ持っている病院では、療養病床の死亡率が高いのではないかと予想していたが、療養病床単独の病院と比べて療養病床の死亡率に有意な差は見られない。むしろ死亡率は低い。
- ◆院内に介護医療院を有している場合でも、介護医療院の死亡率より療養病床の死亡率が高い場合も見られる。
- ◆死亡時の医療の必要性により、入院ベッドを選択されているのではないかと考えることができ、介護医療院が一概に終末期のターミナルを担うベッドになっているとは言えない。
- ◆死亡率で見れば、一般病床の死亡率は10%未満のところから90%を超えるところまでさまざまである。
- ◆同じく、療養病床の死亡率も、全体的に一般病床よりは死亡率が高いものの、10%未満のところから90%を超えるところまでさまざまである。

- ◆ 療養病床の死亡率には、地域内に在宅医療も含めたどのような医療資源が備わっているのかということも関わっているのではないか。
- ◆ そういった周辺環境も影響し、同じ療養病床といえども、「治療」、「リハビリテーション」、「慢性期救急対応」「ターミナル対応」など病院によってどの機能に特化しているかで、療養病床のタイプが大きく異なっていて、死亡率の差がでていのではないかと思われる。
- ◆ また、病院全体の死亡率で見れば、100.0%と出る病院もあるが、退院患者が少なくデータとして見ることは不適當である。
- ◆ 逆に、死亡率0.0%の病院は、回復期リハビリテーション病棟などの在宅復帰に特化した運営であり、いろいろな病床種別との比較は不適當である。
- ◆ 死亡率にはいろいろな条件が絡んでいると思われ、死亡率だけを見て、病院のあり方を議論することはできない。

今後介護保険施設や、自宅での死亡が増えてくるかもしれないが、このような場合も、地域の慢性期多機能病院の役割を十分に果たしていきたい。

良質な慢性期医療がなければ
日本の医療は成り立たない



日本慢性期医療協会
JAPAN ASSOCIATION OF MEDICAL AND CARE FACILITIES