

日本慢性期医療協会 定例記者会見

日時：令和2年1月9日17:15～

場所：ザ・オークラ東京 41階メテオール

1. 厚労省のFIM利得への疑問
2. 病院全体で早期改善退院の促進を
3. これからのリハビリ評価をどうする
4. アウトカム評価でリハビリを統括評価できるか
5. FIM利得判定の行い方

入退棟時FIM及びFIM得点の変化の年次推移

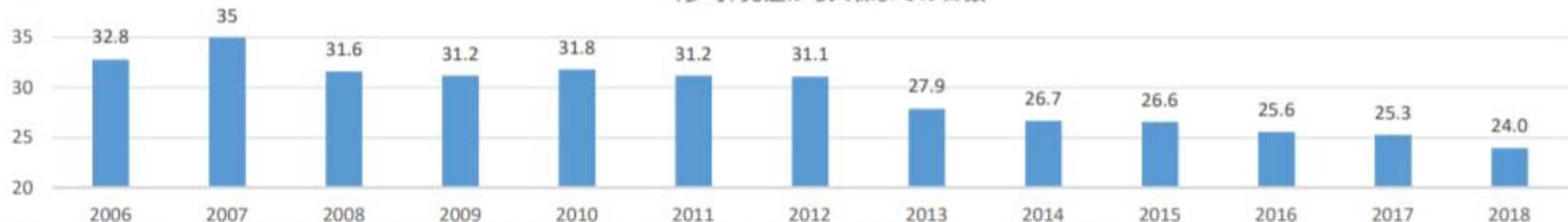
○ 入棟時と退棟時のFIM(運動・認知合計の平均値)の推移を見ると、「入棟時」は2016年度以降やや低下傾向にあり、「退棟時」はほぼ横ばいから微増傾向であった。また、FIM得点の変化(運動・認知合計の平均値)の推移を見ると、2016年度以降増加傾向となっていた。

入棟時FIM(運動・認知合計)及び退棟時FIM(運動・認知合計)の推移



(日)

(参考)発症から入棟までの日数



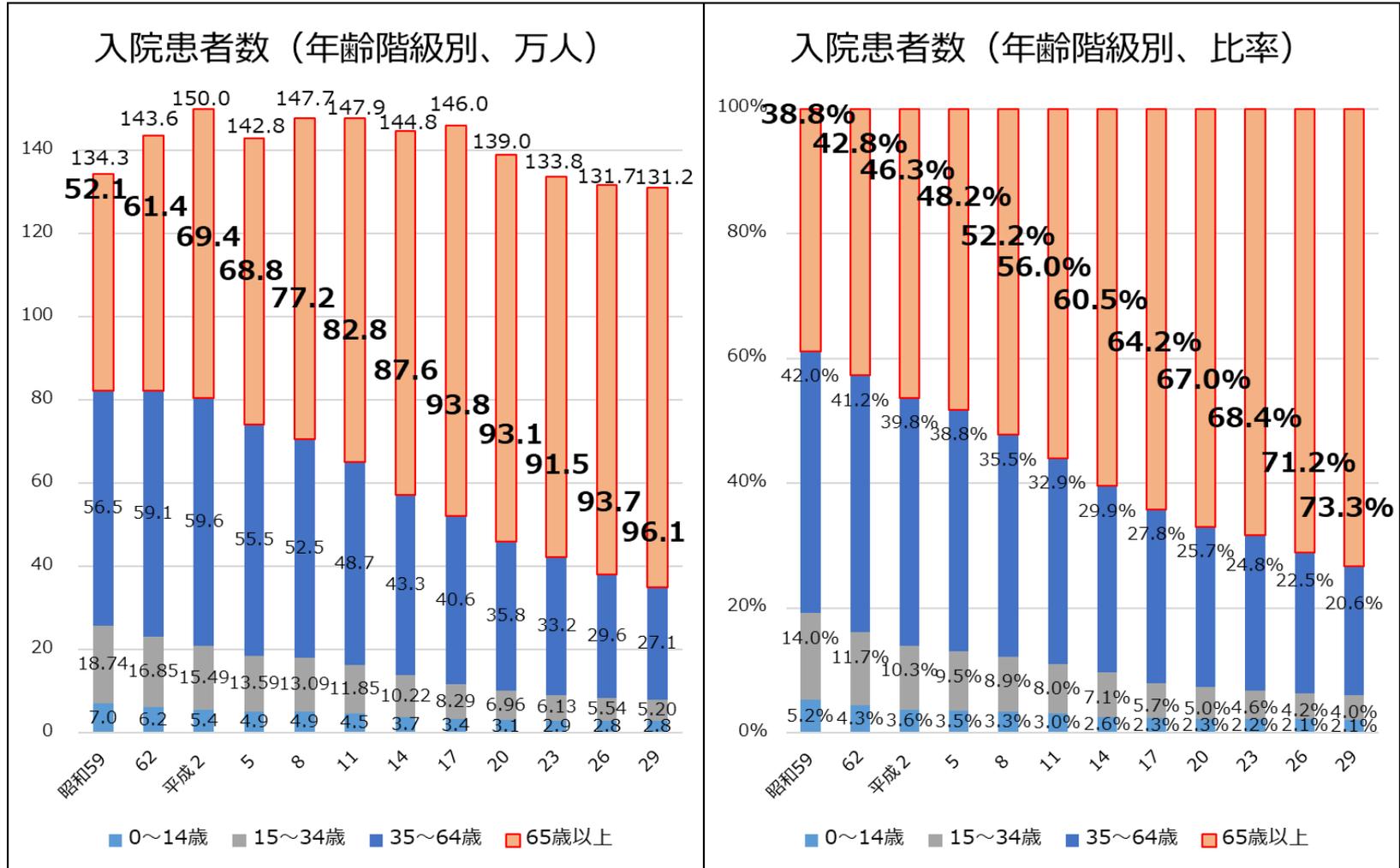
我々はもっとまじめに診療報酬制度を守らねばならない。

- 決められたとおりにきちんと診療し、そして、診療報酬をきちんと請求しなければならない。
- 自院に有利なように医療保険を勝手に左右することは許されない。
- お互い信頼がなければ疑心暗鬼となり、良い制度にはならない。（お互いとは「厚労省側」と「医療提供側」）
- 今よりもっと当局に信頼してもらえるように、誠実に患者に向き合い、最善の診療を行い、ありのまま請求しなければならない。
- お互いに信頼がなければ制度は複雑化せざるを得ない。

- 現在、入院基本料はほぼ看護配置数で決まっている。
- 一人一人の看護職員には多少なりとも優劣があるだろうが、まずは医師や看護職員が決められた人数を配置されているかで評価されている。
- このシステムは長期にわたり続けられていて、基準看護は、医療界の中で評価され運営されている。
- しかし、いろいろな職種により病棟運営がなされているのに、看護職員の数だけでよいのかという意見も多い。

● 最近、高齢患者の入院が増え、約30年前と比べると倍近い増加である。

年齢階級別にみた推計患者数の年次推移

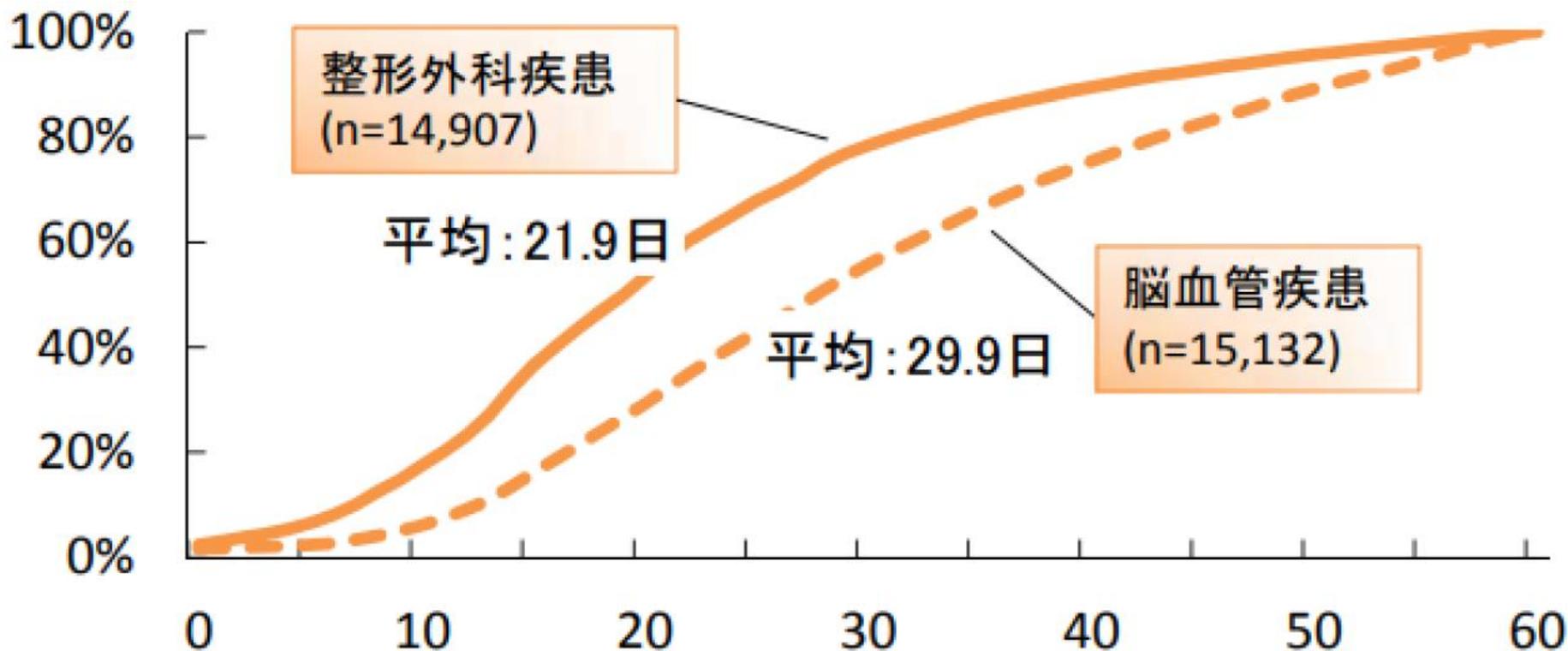


- 然るに、2006年から基準看護の看護職員数は制度的には増えていない。
- クローズアップ現代+（プラス）で討論が繰り広げられ問題視されているように、急性期病棟（一般病棟）では、高齢患者の増加による介護ケア需要に十分対応できていない。
- 認知症状がみられる患者や、歩行不安定な患者、夜中にトイレに行く高齢患者に対する身体拘束や膀胱留置バルーンカテーテルを実施する割合が増加したことにより、約1か月後の退院時には、すでに関節拘縮が進行しており、日本の寝たきり増加の原因となっていることが指摘されている。

- 人員不足のための身体拘束や膀胱留置バルーンカテーテルを防止することは、要介護者の減少につながると考えられる。
- そこで日本慢性期医療協会では、2019年8月8日の記者会見において、「基準介護」の新設を提案させていただいた。
- そして日本看護協会も、2019年11月28日に入院患者の高齢化に対し、看護補助者の増員を要望している。
- この「看護補助者」の呼称について、一般的には、「介護福祉士（介護職員）」と呼ばれているが、日本看護協会は「看護補助者」と呼んでいる。
- しかし、互いに病棟で介護業務を行うスタッフの必要性については、考えが一致していると認識している。
- 日本看護協会ともども、「基準介護」の実現に注力したい。

- また、リハビリは回復期に集中的に行う制度となっているが、リハビリは当然、病気の発症と同時にやることなどにより、格段に結果が良くなることは実証されている。
- 一般病床で、リハビリの提供がほとんどなく、筋力低下や関節拘縮になったりして、平均約1ヶ月の急性期治療の後、回復期リハビリ病棟で改めてリハビリを集中提供することが常態化している現状に対して大いなる疑問を持っている。

発症から回復期リハビリテーション病棟 入棟までの期間(疾患別)



2017年7月21日 平成29年度第4回 入院医療等の調査・評価分科会 資料より

急性期すなわち発病直後からリハビリが行われれば、寝たきりはもっともっと減少するだろう。

しかしながら、高度急性期病院にはリハビリ専門医はほとんどいない。療法士は総定員法により十分に雇用できない。

- 長期臥床により、動けなくなってからリハビリを行うより、発症後すぐにリハビリが提供されることが重要である。
- リハビリは回復期にするものだという概念が広まっているが、それは間違っている。
- リハビリはリハビリが必要な時に集中して行われるべきである。
- そして何より優先すべきは、生きていくためのより人間的な基本能力である摂食と排泄の機能改善リハビリである。

- 現在のリハビリの提供体制は、1単位20分間で、患者と1対1のリハビリを提供して初めて診療報酬の算定が認められ、請求できる方式となっている。
- そこでどの患者にも必須の医療サービスであるリハビリを看護業務と同様に入院基本料に包括してはどうか。
- リハビリ療法士を病棟ごとに配置し、リハビリ療法士が1人の患者に対するリハビリ提供時間も自由に定め、療法士による患者と1対1のリハビリの提供だけでなく、看護職員や介護職員と協力して行うリハビリや集団リハビリなども含め、患者ごとにさまざまなリハビリの提供を行えるようにしてはどうか。

- 私たちは、2017年12月14日の記者会見において、「回復期リハビリテーション病棟」ではなく、「リハビリテーション集中病棟」を提案させていただいたが、本日は改めて皆様に「基準リハビリテーション」制度の導入を提案させていただく。

- まずはリハビリ療法士がいなければ、リハビリテーションはできない。
- 外来は別として、病棟に何名のリハビリ療法士が在籍しているかを評価してはどうか。

看護や介護と同じように。

- 病棟機能向上のために
 - 基準看護
 - 基準介護
 - 基準リハビリテーション
を提案するものである。
- さらに一歩進めて急性期一般病棟、地域一般病棟、地域包括ケア病棟、療養病棟や障害者病棟にもリハビリ療法士を配置した病棟には、基準リハビリテーション制度を適応させてはどうか。

「基準リハビリ」の新設の提案

このようにリハビリ療法士を病棟配置にすることで、多職種のコメディカルの協力も得て、総合的リハビリの実施により、素晴らしい効果が出る病院に患者は集まっていくという、サービス業としてはごく当たり前の状況となり、日本の要介護者（寝たきり患者）を半減させることを目指すことができるであろう。

「基準看護」だけでなく「基準介護」「基準リハビリテーション」を導入することによって、病棟をあげてアウトカムを意識し、短期間の入院で日常に戻ることができるように、あらゆる病棟が在宅復帰に向け、入院日数の短縮化が可能となるであろう。

看護職員配置数で入院基本料が設置されている。 看護配置10対1の急性期一般入院基本料2は、1561点である。

平成30年度診療報酬改定 I-1. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価⑥ (1)急性期医療

急性期一般入院基本料(急性期一般入院料1～7)の内容

- 一般病棟入院基本料(7対1、10対1)について、入院患者の医療の必要性に応じた適切な評価を選択できるよう、実績に応じた評価体系を導入し、将来の入院医療ニーズの変化にも弾力的に対応可能とするため、急性期一般入院料1～7に再編する。

		入院料7	入院料6	入院料5	入院料4	入院料3	入院料2	入院料1
看護職員		10対1以上 (7割以上が看護師)						7対1以上 (7割以上が看護師)
患者割合 〔〕内は 200床未満の 経過措置	重症度、 医療・看護 必要度Ⅰ*1	測定していること	15%以上	21%以上	27%以上	— [26%以上]	— [27%以上]	30%以上
	重症度、 医療・看護 必要度Ⅱ*2	測定していること	12%以上	17%以上	22%以上	23%以上 [21%以上]	24%以上 [22%以上]	25%以上
平均在院日数		21日以内						18日以内
在宅復帰・ 病床機能連携率		—						8割以上
その他		—				・入院医療等に関する調査への 適切な参加 ・届出にあたり入院料1の届出実績 が必要		医師の員数が入 院患者数の100 分の10以上
データ提出加算		○						
点数		1,332点	1,357点	1,377点	1,387点	1,491点	1,561点	1,591点

*1: 現行方法による評価 *2: 診療実績データを用いた場合の評価
〔〕内は許可病床数200床未満の一般病棟7対1入院基本料の経過措置

厚生労働省 2018年度診療報酬改定の概要より

「基準看護」10対1は、患者40人の病棟で看護職員20人が配置されている。
「基準介護」を20対1とすると、患者40人の病棟で介護職員が10人配置されることになる。

「基準リハビリテーション」制度の提案

ーリハビリ療法士20対1配置の場合ー

- 現状の疾患別リハビリの単位で換算し、リハビリ療法士1人1日当たり、3単位×6時間 = 18単位のリハビリを提供できると仮定すると、
- 患者40人の病棟に10人のリハビリ療法士が配置されると、患者1人当たり、毎日4.5単位分のリハビリを実施できることになる。
- しかも、従来のようなリハビリ療法士と患者の個別リハビリだけでなく、看護職員や介護職員とともに個別や集団リハビリなど、病院独自のリハビリ提供体制を作ることが可能である。

- このようにリハビリ療法士を病棟配置し、基本的にある程度のボリュームのリハビリの提供を確実に実施した上で、アウトカム評価方法としてFIM利得の総和が20点以上改善し、入院日数に応じて高い実績指数が得られた場合に何らかのアウトカム評価を設けてはどうか？

日常生活動作（ADL）の指標 FIMの概要

- 回復期リハビリテーション病棟における日常生活動作の指標として、FIMを用いている。
- FIMは、「運動ADL」13項目と、「認知ADL」5項目から構成されており、各項目が7段階評価となっており、指標の測定を正確かつ再現性のあるものとするためには、一定の研修や測定の経験が必要である。

Functional Independence Measure (FIM)

自立	7点	完全自立
	6点	修正自立
部分介助	5点	監視
	4点	最小介助
介助あり	3点	中等度介助
	2点	最大介助
完全介助	1点	全介助

運動項目										認知項目							
セルフケア					排泄		移乗		移動			コミュニケーション		社会認識			
食事	整容	清拭	更衣(上半身)	更衣(下半身)	トイレ動作	排尿コントロール	排便コントロール	ベッド・椅子・車椅子	トイレ	浴槽・シャワー	歩行・車椅子	階段	理解(聴覚・視覚)	表出(音声・非音声)	社会的交流	問題解決	記憶
計42～6点					計14～2点		計21～3点		計14～2点			計14～2点		計21～3点			
運動項目 計91～13点										認知項目 計35～5点							
合計 126～18点																	

点数	介助者	手助け	手助けの程度
7	不要	不要	自立
6	不要	不要	時間がかかる。装具や自助具が必要。投棄している。安全性の配慮が必要。
5	必要	不要	監視・準備・指示・促しが必要。
4	必要	必要	75%以上自分で行う。
3	必要	必要	50%以上75%未満自分で行う。
2	必要	必要	25%以上50%未満自分で行う。
1	必要	必要	25%未満しか自分で行わない。

- FIMの7段階評価の診断が3点であれば50%以上75%未満を自分で行えるとされており、実際には自分で74%しかできないのに、76%にわずか2%上げるだけでFIM点数を3点から4点に上げることができるというような姑息な病院が存在する、と厚労省は推測している。
- これを防ぐためにも動画撮影を行い、客観的評価ができるようにしてはどうか。
- さらに各項目2点以上の利得を評価してはどうか。

回復期リハビリテーション病棟のアウトカム評価に係る計算式等の概要

効果の実績の評価基準

- 3か月ごとに、前月までの6か月間に退棟した患者を対象とした「実績指数」を報告。

$$\text{実績指数} = \frac{\text{各患者の (FIM得点[運動項目]の、退棟時と入棟時の差) の総和}}{\text{各患者の (入棟から退棟までの在棟日数 / 状態ごとの回復期リハビリテーション病棟入院料の算定上限日数) の総和}}$$

<実績指数の計算対象>

- 報告月の前月までの6か月間に退棟した患者。
- ただし、以下の患者を除外する(できる)。

必ず除外する患者

- ・ 在棟中に回復期リハビリテーション病棟入院料を一度も算定しなかった患者
- ・ 在棟中に死亡した患者

まとめて除外できる患者

- ・ 回復期リハビリテーション病棟に高次脳機能障害の患者が特に多い(退棟患者の4割以上)保険医療機関では、**高次脳機能障害の患者**を全て除外してもよい。

医療機関の判断で、各月の入棟患者数(高次脳機能障害の患者を除外した場合は、除外した後の数)の3割以下の範囲で除外できる患者

- ・ 入棟時にFIM運動項目の得点が20点以下の患者
- ・ 入棟時にFIM運動項目の得点が76点以上の患者
- ・ 入棟時にFIM認知項目の得点が24点以下の患者
- ・ 入棟時に年齢が80歳以上の患者

良質なリハビリテーションが
なければ日本の医療は成り立たない

2007年9月 武久 洋三 作成