

日本慢性期医療協会定例記者会見

日時：令和3年7月15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

リハビリテーションの診療報酬を
包括性にしませんか

MEDIFAX

株式会社 じほう

<https://mf.jiho.jp/>

弊社の許諾なしに、転送・転載、複写そのほかの複製、翻訳、およびデータの使用は固くお断りいたします ©2021じほう

■ 診療報酬、「包括払いの在り方」含めた見直し 諮問会議・骨太原案

政府は9日、経済財政諮問会議に「経済財政運営と改革の基本方針2021」（骨太の方針）の原案を示した。社会保障改革の項目では、「さらなる包括払いの在り方の検討も含めた医療提供体制の改革につながる診療報酬の見直し」を明記。新型コロナウイルス感染症の患者を受け入れる医療機関には、減収対応を含めた経営支援、病床確保や設備整備等の支援として「診療報酬や補助金・交付金による今後の対応の在り方を検討し、引き続き実施する」との文言を盛り込んだ。

今後は、与党内での議論を経て、次回の諮問会議で取りまとめる。政府は今月中旬の閣議決定を目指している。

原案では、質が高く効率的で持続可能な医療提供体制の整備を進めるため、▽かかりつけ医機能の強化・普及等による医療機関の機能分化・連携の推進▽さらなる包括払いの在り方の検討も含めた医療提供体制の改革につながる診療報酬の見直し▽診療所も含む外来機能の明確化・分化の推進▽実効的なタスク・シフティングや看護師登録制の実効性確保ならびに潜在看護師の復職に係る課題分析および解消▽医学部などの大学における医療人材養成課程の見直し—などに取り組む方針を示した。

- ◆ 医療界全体が「包括化」に向けて動き出している。
- ◆ リハビリテーションの包括化も避けられないだろう。

現在のリハビリテーションに係る報酬システムになったのは2006年の診療報酬改定からです。
2000年に新設された回復期リハビリテーション病棟は
リハビリテーションの発展に大いに寄与しました。

2006年の診療報酬改定において疾患別リハビリテーション料となり、脳血管リハビリテーション、運動器リハビリテーション、呼吸器リハビリテーション、心大血管リハビリテーションの4つとなった。

リハビリテーションは、20分間を1単位として
1人の療法士が1人の患者を加療した時のみ
報酬が与えられている。

心大血管リハビリテーションや呼吸器リハビリテーションなど
リスクのより大きいリハビリテーションより
脳血管リハビリテーションが40~70点も高いという明確な
理由はどこにも明記されていない。

疾患別リハビリテーション比較					
リハ種別	1単位 時間	診療報酬 (点)	1分あたり 診療報酬 (点)	リスク 度	技術 度
脳血管 (I)	20分	245	12.25	4位	4位
廃用症候群 (I)	20分	180	9	3位	3位
心大血管 (I)	20分	205	10.25	1位	1位
呼吸器 (I)	20分	175	8.75	2位	2位
運動器 (I)	20分	185	9.25	5位	5位

20分間という同じ時間をかけてリハビリテーションを実施するのに、疾病により報酬に差があれば、現場は、より報酬の高い患者を優先することは当然である。

リハビリテーションは医師と療法士だけで行うものではありません。

特に入院中は、看護師や介護士も含めた多職種によるチームリハビリテーションが行われています。

療法士と患者が1対1で行われる個別リハビリテーションで
ないと、一切診療報酬が支払われないという
おかしなシステムをいつまで続けるつもりですか。

リハビリテーションは、必要な時に必要な治療を
時間に関係なく提供し、病態の改善を第一に
考えるべきではないですか。

要介護者を減少させるには、急性期病院での入院中の拘束や
安静臥床の強要を撤廃するべきではありませんか。

認知症入院時、45%「身体拘束」 一般病院、習慣化も 国立がん研究センター調査

2018/11/19付 | 日本経済新聞 朝刊

認知症の人が病気やけがの治療で一般の病院に入院した際に、45%の人が自由に体を動かさないようにされる「身体拘束」を受けていたことが18日、国立がん研究センターと東京都医学総合研究所の研究チームによる全国調査で分かった。

転倒などのリスク回避が主な理由だが、研究チームは「明らかに過剰な対応で、拘束が習慣化している可能性がある」と指摘。「身体機能の低下や認知症の進行など、拘束によって起きるデメリットを検討して、不必要な拘束を減らす取り組みが必要だ」としている。

身体拘束は、介護施設では原則禁止。精神科病院については法律上も限定的に容認されているが、一般病院では医師や看護師らの判断に委ねられているのが現状だ。

研究チームは昨年2～3月、100以上のベッドがある全国の一般病院3446カ所に調査票を送り、937カ所が回答。調査結果では、認知症かその疑いのある入院患者2万3539人のうち、45%の1万480人が身体拘束を受けていた。

拘束方法を複数回答可で尋ねると、最も多かったのは「ベッドから下りられないように柵で囲む」で69%。「車いすにベルトなどで固定する」（28%）、「点滴などのチューブを抜かないようミトン型の手袋を着ける」（26%）が続いた。

拘束の理由は「転倒・転落のリスク」（47%）、「チューブを抜くリスク」（14%）、「チューブを抜いたから」（10%）——の順だった。

- 高齡患者の増加で、現場の看護師の業務量が増えているが、2006年から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+で身体拘束の多さが問題視され、討論が繰り広げられたが、急性期病院では、高齡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のではないか。
- 急性期病院では、認知症患者や、歩行が不安定な患者、夜中にトイレに行く高齡患者に対して身体拘束や膀胱留置バルーンカテーテルを実施することで、約1か月後の退院時には、すでに関節拘縮が進行し、寝たきり状態になってしまっているのだ！

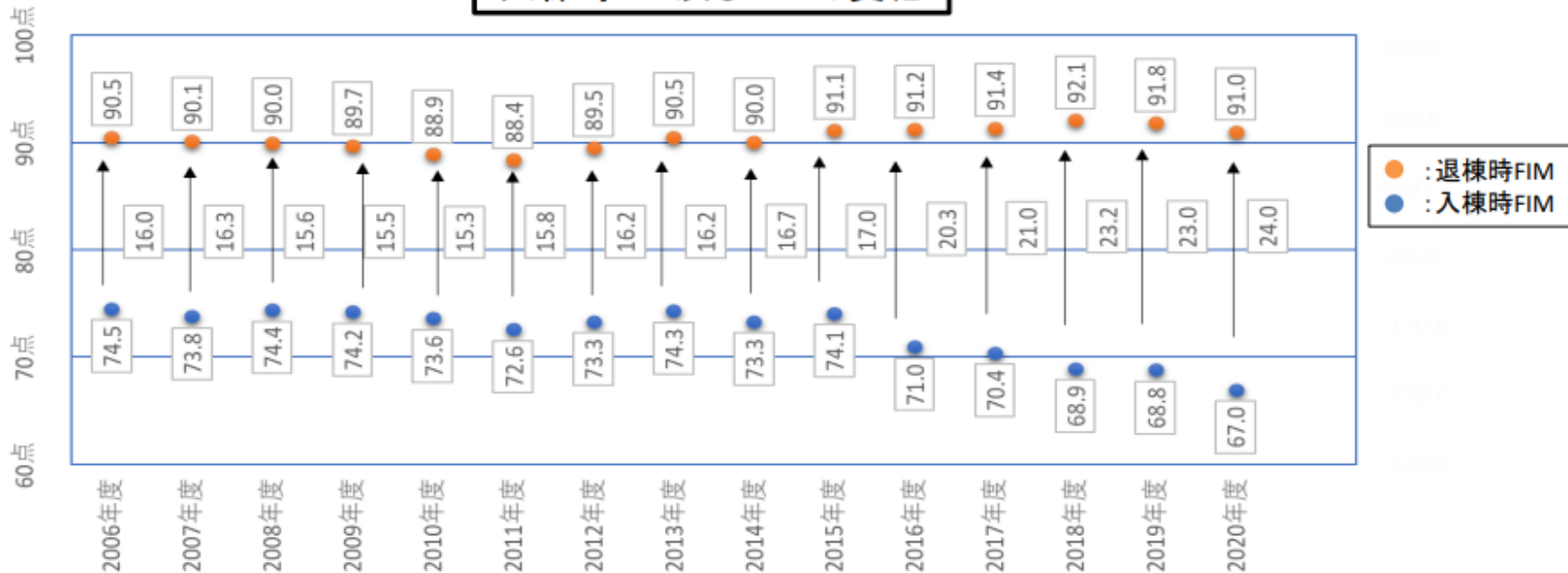
一度可動性を悪くしておいて、改めて回復期リハビリテーション病棟で改善させるような効率の悪いリハビリテーションシステムをいつまで続けるのですか。そんなシステムを許容しないで、急性期治療中も可動性が損なわれないように最善の努力をするべきでしょう。

入棟時FIM等の年次推移について

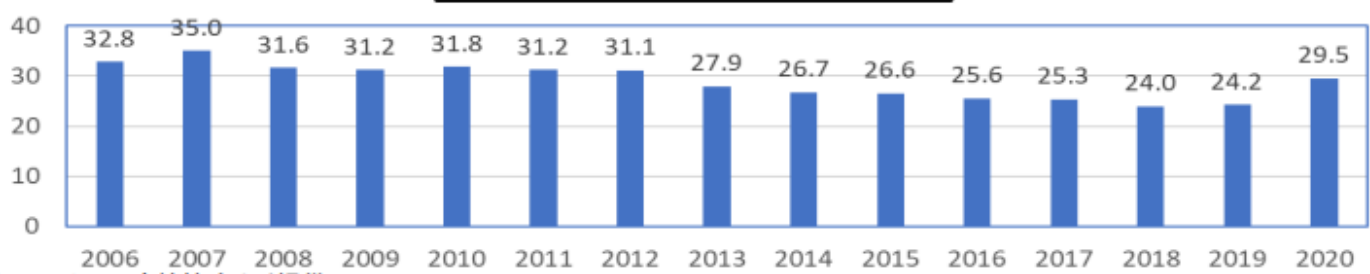
○ 入棟時FIM（運動・認知合計の平均値）及びFIM（運動・認知合計の平均値）の変化の年次推移は以下のとおりであった。2016年度以降、入棟時FIMが経年で低下する傾向がみられた。

2016年にFIM利得を評価する画期的な改定がなされました。その後から一部の病院でFIM利得を多くしようという動きが顕著となってきています。図のように、入棟前のFIMが急激に低くなっています。かなり意図的な対応ではないかを疑って、厚労省医療課も入院医療分科会に資料として出しています。

入棟時FIM及びFIMの変化



発症から入棟までの日数



一般社団法人回復期リハビリテーション病棟協会より提供

現場でリハビリテーションを提供している者としては、
誠に恥ずかしい限りで情けないと思っています。
このような様々な問題点のある現行のリハビリテーション
システムをがらりと変えませんか。

2014年には、一足先に地域包括ケア病棟のリハビリテーションが2単位包括になりました。これでリハビリテーション療養は包括性へと進むだろうと思われましたが、7年経過してしまいました。そろそろ旧態依然としたリハビリテーションシステムを改善しませんか。

制度は複雑になればなるほど恣意的な対応をする可能性が大きくなります。アウトカム評価を重視することは現場スタッフのモチベーションを上げてくれます。そして公平な評価ができるように動画を付けた評価をしてはいいかどうでしょうか。

評価者の恣意的評価の可能性の高いFIMから
実務的なBIにしてはどうですか。

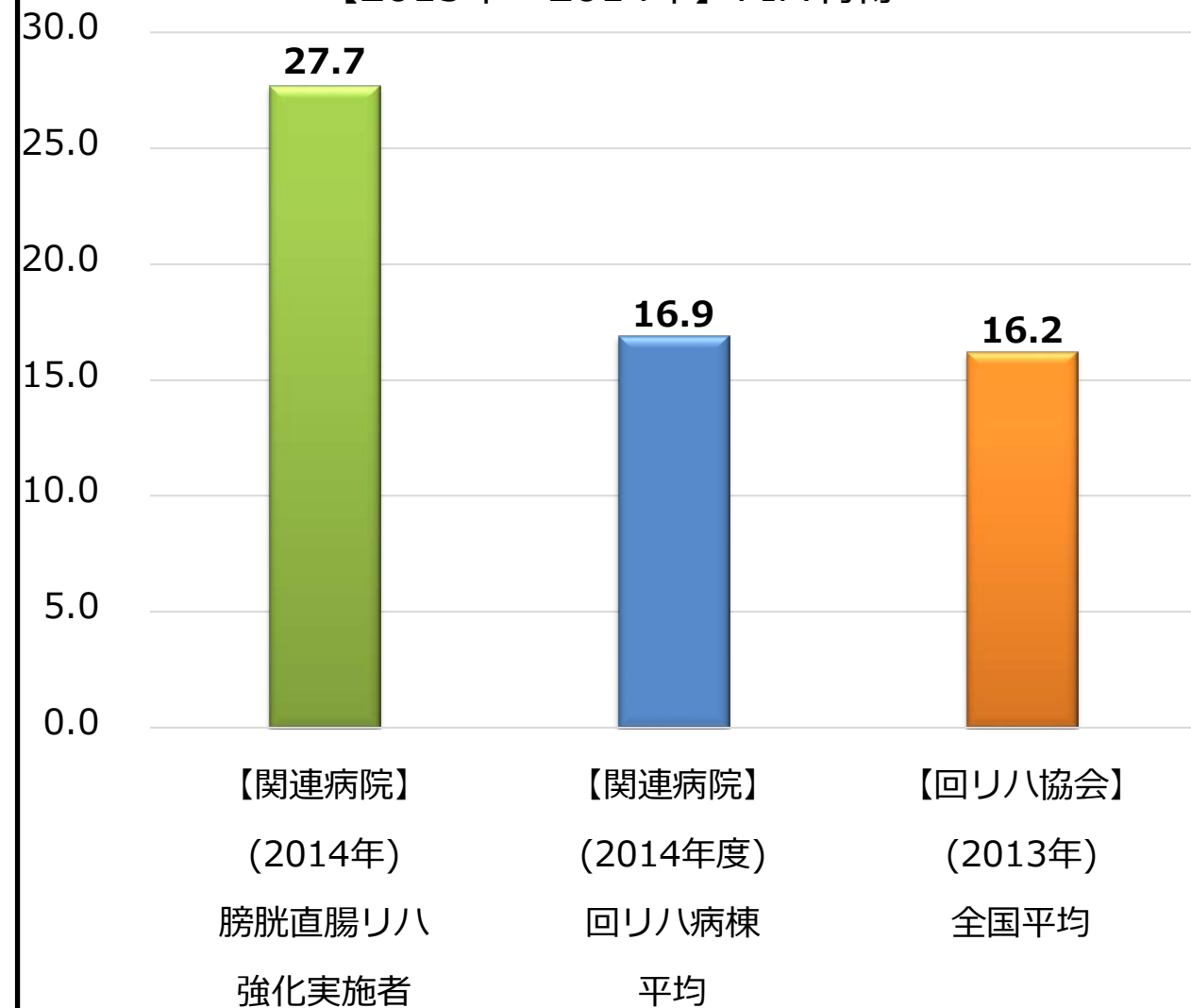
F I M 利 得 \Rightarrow B I 利 得

FIM (Functional Independence Measure) の概要			
点数	介助者	手助け	手助けの程度
7点	不要	不要	完全自立
6点	不要	不要	修正自立 時間がかかる。 装具や自助具が必要。 投薬している。 安全性の配慮が必要
5点	必要	不要	監視・準備・指示・促しが必要。
4点	必要	必要	最小介助 75%以上自分で行う
3点	必要	必要	中等度介助 50%以上75%未満自分で行う
2点	必要	必要	最大介助 25%以上50%未満自分で行う
1点	必要	必要	全介助 25%未満しか自分で行わない

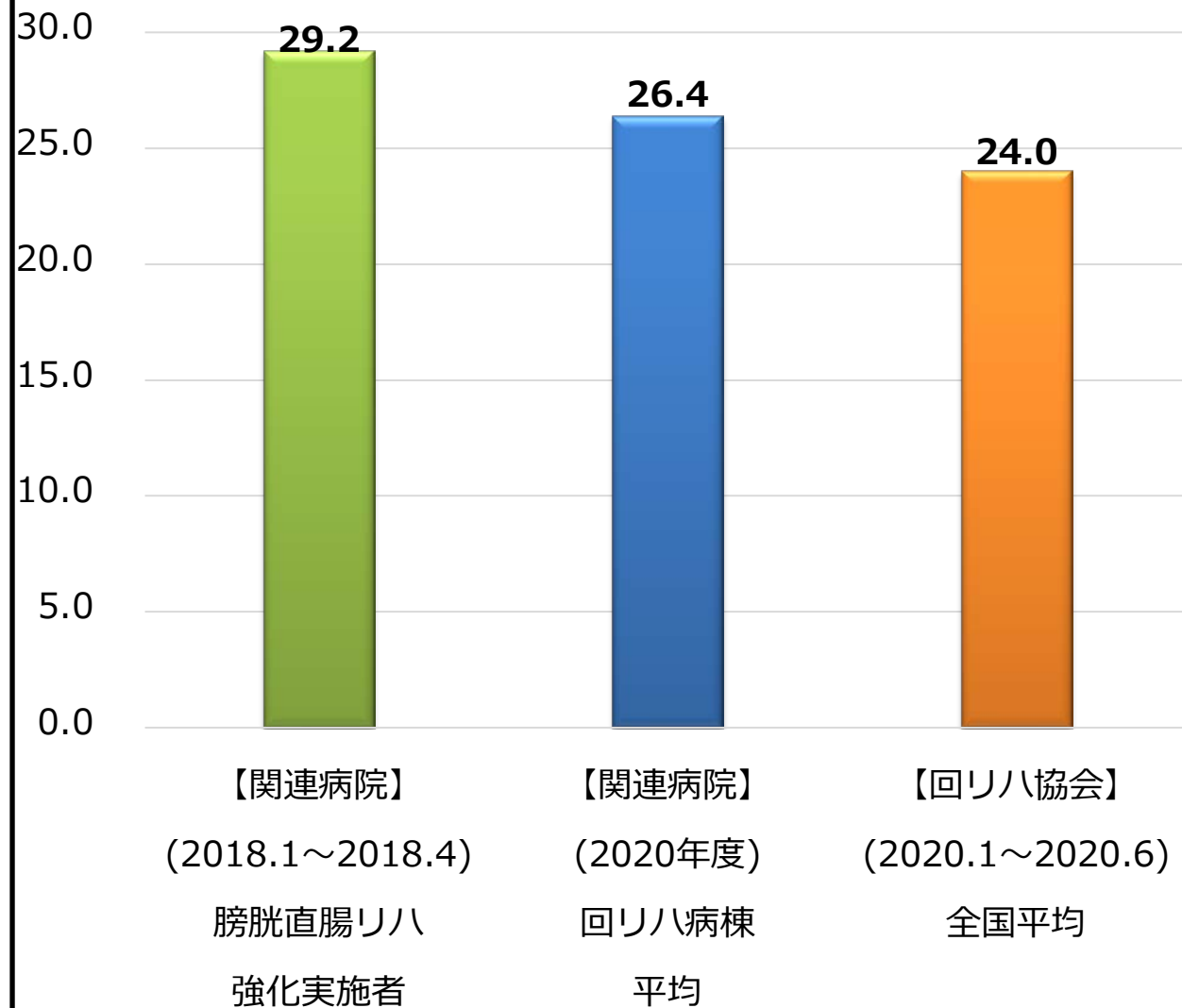
BI (Barthel Index) の概要		
項目	点数	判定基準
食事	10	自立、手の届くところに食べ物を置けば、トレイあるいはテーブルから1人で摂食可能、必要なら介護器具をつけることができ、適切な時間内で食事が終わる
	5	食べ物を切る等、介助が必要
	0	全介助
移乗	15	自立、車椅子で安全にベッドに近づき、ブレーキをかけ、フットレストを上げてベッドに移り、臥位になる。再び起きて車椅子を適切な位置に置いて、腰を掛ける動作がすべて自立
	10	どの段階かで、部分介助あるいは監視が必要
	5	座ることはできるが、移動は全介助
	0	全介助
整容	5	自立（洗面、歯磨き、整髪、ひげそり）
	0	全介助
動トイ 作レ	10	自立、衣服の操作、後始末も含む。ポータブル便器を用いているときは、その洗浄までできる
	5	部分介助、体を支えたり、トイレトペーパーを用いることに介助
	0	全介助
入浴	5	自立（浴槽につかる、シャワーを使う）
	0	全介助
歩行	15	自立、45m以上歩行可能、補装具の使用はかまわないが車椅子・歩行器は不可
	10	介助や監視が必要であれば、45m平地歩行可
	5	歩行不能の場合、車椅子をうまく操作し、少なくとも45mは移動できる
	0	全介助
階段昇降	10	自立、手すり、杖などの使用はかまわない
	5	介助または監視を要する
	0	全介助
着替え	10	自立、靴・ファスナー、装具の着脱を含む
	5	部分介助を要するが、少なくとも半分以上の部分は自分でできる。適切な時間内にできる
	0	全介助
ト排 口使 コ ルン	10	失禁なし、浣腸、坐薬の取り扱いも可能
	5	時に失禁あり、浣腸、坐薬の取り扱いに介助を要する
	0	全介助
ト排 口尿 コ ルン	10	失禁なし
	5	時に失禁あり、収尿器の取り扱いに介助を要する場合も含む
	0	全介助

【参考資料】 関連病院におけるFIM利得と回り八協会のデータを比較

【2013年・2014年】 FIM利得



【2018年・2020年】 FIM利得



日本慢性期医療協会

回復期リハビリテーション病棟 入院患者調査集計結果 まとめ

【実施】 令和3年（2021年）6月

【対象】 日本慢性期医療協会 病院会員996病院

【回答】 84病院 ※回復期リハビリテーション病棟を運営している病院

（総病床数：15,569床 うち回復期リハビリテーション病棟5361床）

調査Ⅰ 基本データ

1. 回答病院の総病床数

	病床数
総病床数	15,569
うち、回復期リハビリテーション病棟	5,361

2. 施設基準および病床種別

	病床数	比率 (%)
回復期リハビリテーション入院料1・一般病棟	1,132	21.1
回復期リハビリテーション入院料1・療養病棟	2,947	55.0
回復期リハビリテーション入院料2・一般病棟	0	0.0
回復期リハビリテーション入院料2・療養病棟	572	10.7
回復期リハビリテーション入院料3・一般病棟	150	2.8
回復期リハビリテーション入院料3・療養病棟	420	7.8
回復期リハビリテーション入院料4・一般病棟	0	0.0
回復期リハビリテーション入院料4・療養病棟	30	0.6
回復期リハビリテーション入院料5・一般病棟	0	0.0
回復期リハビリテーション入院料5・療養病棟	50	0.9
回復期リハビリテーション入院料6・一般病棟	0	0.0
回復期リハビリテーション入院料6・療養病棟	60	1.1

3. リハビリテーション実績指数（回答病院平均）（n = 84）

2021年4月算出のリハビリテーション実績指数（過去6か月）	47.0
---------------------------------------	-------------

リハビリテーション実績指数	回答病院数	比率（％）
27未満	3	3.6
27以上30未満	1	1.2
30以上40未満	10	11.9
40以上45未満	15	17.9
45以上50未満	25	29.8
50以上55未満	15	17.9
55以上	15	17.9

【参考】回復期リハビリテーション病棟協会
病院全体の実績指数(2020年1～6月)
平均（n = 779）
45.6

比率（％）
2.3
1.0
17.3
25.7
25.9
16.6
11.2

4. 2020年4月1日～2021年3月31日（1年間）に回復期リハビリテーション病棟に入棟した新規入棟患者について

	患者数（人）	平均年齢（歳）
2020年4月1日～2021年3月31日（1年間）に新規に回復期リハビリテーション病棟に入棟した患者	24,300	79.6

年齢	回答病院数 (n = 83)	比率 (%)
85歳以上	3	3.6
80歳以上85歳未満	35	42.2
75歳以上80歳未満	38	45.8
70歳以上75歳未満	6	7.2
65歳以上70歳未満	1	1.2

5. 上記4の患者（24,300人）のうち、2021年5月31日時点で退棟している患者について

2020年4月1日～2021年3月31日（1年間）に新規に回復期リハビリテーション病棟に入棟した患者（人）	24,300
うち、2021年5月31日時点で退棟している患者（人）	22,245
平均在棟日数（日）	69.3
平均FIM全項目利得（点）	27.1
平均在宅復帰率（%）	83.7

【参考】 回復期リハビリテーション病棟協会(2020年8月)	
退棟患者の入棟日数 平均	65.6日
ADL利得の平均値 (FIM/合計)	24.04

6.2021年5月31日時点で退棟している患者（22,245人）の平均在棟日数

平均在棟日数 回答病院平均：69.3日（n=84）

平均在棟日数	回答病院数	比率（%）
100日以上	1	1.2
90日以上100日未満	2	2.4
80日以上90日未満	11	13.1
70日以上80日未満	24	28.6
60日以上70日未満	28	33.3
50日以上60日未満	15	17.9
40日以上50日未満	3	3.6

7.2021年5月31日時点で退棟している患者（22,245人）の平均FIM全項目利得

回答病院平均：27.1点（n=84）

平均FIM全項目利得	回答病院数	比率（%）
50点以上60点未満	3	3.6
40点以上50点未満	3	3.6
30点以上40点未満	12	14.3
20点以上30点未満	56	66.7
10点以上20点未満	10	11.9

【参考】回復期リハビリテーション病棟協会
ADL利得の平均値（FIM／合計）（2020年8月）
24.04（n=20,817）

8. 2021年5月31日時点で退棟している患者（22,245人）の平均在宅復帰率

回答病院平均：83.7%（n = 84）

在宅復帰率	回答病院数	比率（%）
90%以上	18	21.4
80%以上90%未満	47	56.0
70%以上80%未満	17	20.2
60%以上70%未満	1	1.2
50%以上60%未満	0	0.0
40%以上50%未満	1	1.2

調査Ⅱ 2020年4月1日～2021年3月31日（1年間）に新規に回復期リハビリテーション病棟に入棟した患者（24,300人）のうち、「発症から入棟までの期間」を超過して入棟した患者について

2020年4月1日～2021年3月31日（1年間）に 新規に回復期リハビリテーション病棟に入棟した患者（人）	24,300	
うち、「発症から入棟までの期間」を超過して入棟した患者（人）	887	3.7%

9.疾患種別（n = 887人）

	患者数（人）	比率（%）
1-1.脳血管疾患、脊髄損傷等（高次脳機能障害なし）	235	26.5
1-2.脳血管疾患、脊髄損傷等（高次脳機能障害あり）	275	31.0
2.大腿骨、骨盤等の骨折、手術後	236	26.6
3.廃用症候群	112	12.6
4.神経、筋または靭帯損傷後	10	1.1
5.股関節または膝関節の置換術後	19	2.1

10.算定費用（n = 887人）

	患者数（人）	比率（%）
1.心大血管疾患リハビリテーション料	0	0.0
2.脳血管疾患リハビリテーション料	501	56.5
3.廃用症候群リハビリテーション料	112	12.6
4.運動器リハビリテーション料	274	30.9
5.呼吸器リハビリテーション料	0	0.0

調査Ⅱ 2020年4月1日～2021年3月31日（1年間）に新規に回復期リハビリテーション病棟に入棟した患者（24,300人）のうち、「発症から入棟までの期間」を超過して入棟した患者について

11.入棟患者数の推移（n = 887人）

入棟月		患者数 (人)	比率 (%)
2020年	4月	56	6.3
	5月	64	7.2
	6月	71	8.0
	7月	70	7.9
	8月	69	7.8
	9月	82	9.2
	10月	56	6.3
	11月	72	8.1
	12月	85	9.6
	2021年	1月	79
2月		81	9.1
3月		102	11.5

12.発症から、回復期リハビリテーション病棟入棟までの日数

患者平均：86.9日（n = 887人）

	患者数 (人)	比率 (%)
31日以上60日以下	17	1.9
61日以上100日未満	686	77.3
100日以上200日未満	172	19.4
200日以上300日未満	10	1.1
300日以上400日未満	1	0.1
400日以上	1	0.1

- (※) ・ 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節又は膝関節の神経、筋または靭帯損傷後の患者
 ・ 股関節または膝関節の置換術後の患者

調査Ⅱ 2020年4月1日～2021年3月31日（1年間）に新規に回復期リハビリテーション病棟に入棟した患者（24,300人）のうち、「発症から入棟までの期間」を超過して入棟した患者について

13.患者のADL（n=782人）

（平均値）

	全体 (n=782人)	疾患種別					
		脳血管疾患 (高次脳 なし) (n=197人)	脳血管疾患 (高次脳 あり) (n=236人)	大腿骨、 骨盤等の骨折 (n=221人)	廃用症候群 (n=100人)	神経、筋 または靭帯 損傷後 (n=10人)	股関節・膝関 節の置換術後 (n=18人)
入棟までの日数（日）	87.3	91.9	91.5	82.1	89.9	48.6	52.8
在棟日数（日）	82.4	93.1	100.9	63.4	64.1	41.8	55.1
入棟時FIM全項目（点数）	55.0	54.1	46.3	65.2	48.1	67.1	86.3
入棟時FIM運動項目（点数）	35.0	34.1	31.0	40.8	29.6	40.6	55.1
退棟時FIM全項目（点数）	76.5	75.1	66.3	89.6	65.6	96.2	114.9
退棟時FIM運動項目（点数）	53.5	52.0	47.0	62.9	44.9	65.8	79.6
FIM全項目利得	21.5	21.0	19.9	24.5	17.5	29.1	28.6
FIM運動項目利得	18.4	17.9	16.0	22.1	15.4	25.2	24.4
リハビリテーション 実績指数	35.7	39.6	36.3	35.1	24.0	42.0	53.6

調査Ⅱ 2020年4月1日～2021年3月31日（1年間）に新規に回復期リハビリテーション病棟に入棟した患者（24,300人）のうち、「発症から入棟までの期間」を超過して入棟した患者について

15.入棟元（n = 864人）

	患者数（人）	比率（％）
1.他院の一般病床	681	78.8
2.他院の一般病床以外の病床	7	0.8
3.自院の他病棟	138	16.0
4.有床診療所	11	1.3
5.自宅	18	2.1
6.老人保健施設	1	0.1
7.介護医療院	2	0.2
8.特別養護老人ホーム	4	0.5
9.その他の居住系施設	1	0.1
10.その他	1	0.1

16.退棟先（n = 778人）

	患者数（人）	比率（％）
1.他院の一般病床	87	11.2
2.他院の一般病床以外の病床	47	6.0
3.自院の他病棟	51	6.6
4.有床診療所	3	0.4
5.自宅	388	49.9
6.老人保健施設	59	7.6
7.介護医療院	11	1.4
8.特別養護老人ホーム	44	5.7
9.その他の居住系施設	63	8.1
10.その他	7	0.9
11.死亡	18	2.3

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

2007年9月 作成