

Part 1 基調講演

回復期リハビリテーション病棟の 目指すべき方向性

—2022年度診療報酬改定説明会(3月19日・WEB配信)—

当協会会長

みつはし たかし
三橋 尚志

回りハ病棟 この20年間の推移

毎年ご協力をいただく実態調査の報告書からみた
回りハ病棟の20年間の推移は以下の通りである。

- ・患者年齢 脳血管系:73.2歳(+4.6歳)
整形外科系:79.8歳(+8.5歳)
廃用症候群:80.2歳(+6.8歳)
- ・年齢構成割合 85歳以上割合が増加
- ・入院患者割合 脳血管系:44.7%(-26.1ポイント)
整形外科系:45.4%(+30.3ポイント)
廃用症候群:8.0%(+2.2ポイント)
- ・平均在院日数 脳血管系:83.1日(-9.7日)
整形外科系:55.0日(-12.7日)
廃用症候群:55.8日(-17.6日)

入院患者割合では、2017年度以降、整形外科系疾患が脳血管系疾患を上回っている。平均在院日数は標準的算定日数が短縮化された2006年度にいったん短縮、その後ほぼ横ばいで推移し2016年度以降再び短縮傾向となっている。

質の評価導入—背景に大きな病院間格差

診療報酬改定では、2008年度改定から回りハ病棟における質の評価が始まり、2022年度までにすでに8回の改定が重ねられてきた。なぜか。回りハ病棟に求められているADLの向上や在宅復帰について、病院間でかなりの格差が存在したことが原因ではないかと思う。

さらに、2016年度からは実績指数が求められるようになった。個別リハビリテーションをたくさん提供することによりADLが改善し在宅復帰率が改善、それにともない入院医療費も増加した一方、入院期間はあまり変わらなかった、そうしたところから実績指数が出てきたのだと思う。

回りハ病棟入院料は2000年の制度開始時は1段階だった。2008年に2段階となり、入院料1で在宅復帰率(60%以上)と重症患者受入割合(15%以上)が規定され、重症者の回復が加算の形で加えられた。2012年に入院料は3段階となり、その際、従来の入院料1が2となり重症患者割合要件が15%から20%に引き上げられた。その上位の入院料1には「一般病棟の重症度、医療・看護必要度」A項目1点以上15%が以上に、さらに従前の重症者回復加算が包括となった。2018年に実績指数が導入され、従前の3段階に対し実績指数を満たした場合の入院料が新設、入院料は1~6の6段階となり、旧入院料2の在宅復帰率が60%以上から70%以上に引き上げられた。今回、入院料が1~5の5段階に減り、従前の入院料5が削除されるとともに新入院料1・2の重症患者受入割合がそれぞれ強化された。

主な加算についてみると、2008年新設の重症者回復加算は2012年、入院料1に包括、2010年新設の休日リハ提供加算、リハビリテーション充実加算はそれぞれ前者が2018年、入院料1・2に

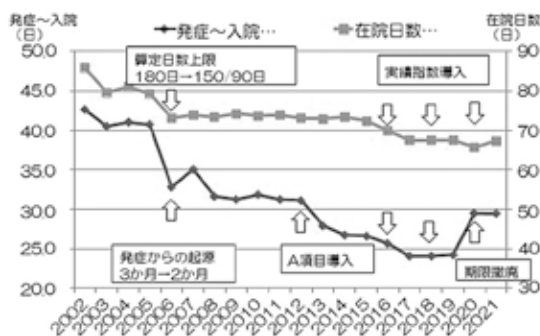


図1 回リハ病棟 発症～入院・在院日数の経年変化

包括、後者が同年廃止、2014年新設の体制強化加算は2016年、同加算1・2となって継続している。このように、入院料の質の評価あるいは加算によって、回リハ病棟のいろいろな臨床指標に大きな変化が出ている。

図1は、発症から回リハ病棟入院までの期間と平均在院日数の経年変化である。発症～入院期間は2006年、2012年に大幅に短縮。2016年の実績指数の導入後、さらに短縮化した。これは主に、FIM利得はほぼ変わらないのでできるだけ早く、FIMがまだ低いうちに入院いただくというところで短縮化されたと考えられる。2021年が前年比で約5日長くなっているのは発症～入院期間撤廃によるもので、平均値は上がっているが中央値は21日と、全体の分布としては変わっていない。

高いハードル—重症患者割合引き上げ

今回改定では回リハ病棟入棟時の重症患者割合が1・2で4割に、3・4で3割にそれぞれ引き上げられた。きわめて高いハードルだと考えている。

2021年度、全対象患者の入棟時の重症度を調べた結果、日常生活機能評価10点以上は39.3%、FIM55点以下は38.0%と、いずれも4割弱であった。数字の上では大半の病院が4割以上の要件を満たせそうな形ではあるが、実際には病院間でかなりの格差があり、「4割以上」を満たすことができない病棟が今後出てくることが予想される。

重症者の安全管理—人員体制強化が必要

ここで改めて「重症患者」とみなされる状態像を、日常生活機能評価10点の人を例に具体化すると、以下ようになる。

- ・寝返り：何かにつかまればできるが起き上がれない
- ・座位保持：支えがあればできるが移乗はできない
- ・移動方法：介助を要する
- ・食事摂取：一部介助
- ・衣服の着脱：全介助
- ・診療・療養上の指示が通じる：いいえ

つまり、日常生活機能評価10点というのは認知面、運動面いずれに関しても、かなり重度である。よって、日常生活機能評価10点以上、FIM55点以下の患者を4割入れるということは重症者をかなり病棟に一度にかかえることになる。元々のマンパワー、配置人員数からかなり強化した体制でないと思患者を安全に管理することができないのではないかと。

重症患者、実績指数—正しく評価を

これに関連して思い返すのは2008年度改定の際のことだ。この年、入院料1の要件として「入院患者の15%以上が重症患者」と、今回改定の4割弱の水準が設定されたがその後2010年に実施した回リハ病棟看護必要度調査(n=5,359)の結果、入院時の点数別患者数の分布は重症とみなされない9点の病棟数が少なく、10点の病棟数がきわめて多かった。「アップコーディングしているのではないかと疑われても仕方ない不自然なデータであった。そして、この傾向は2021年度実態調査でも依然、表れている。この点を協会として重くとらえている。正しい評価をしていただくよう、言い続けていきたいと考えている。

加えて、実績指数の算出、評価に関して申し上げたい。2021年1～6月のデータ(病院単位)で見ると実績指数40以上の病院が全体の85.4%を占めており、45以上のところも66.0%と、かなり

多い。当院（京都大原記念病院）でも回りハ病棟を4病棟運営しており病棟別に実績指数を算出しているが、「40以上を出すのが非常に厳しい」と、毎月実感している。精確な評価を行い現状を提出いただきたい。

第三者評価—受審申込みの動き広がる

今回の診療報酬改定で回りハ病棟入院料1または3について、日本医療機能評価機構ほか認定機関による第三者評価の受審が「望ましい」とされた。この「望ましい」の形が今後どう変わるのかについては、第三者評価の取得状況を毎年7月に届け出ることとなっている。今後2年間の届出の内容、様子を見た上で方向性が決められるものと考えている。会員病院等における病院機能評価受審の現状は、本体機能評価未受審が53.9%、付加機能評価まで受審している病院は10.9%と、受審割合はまだ高くない。ただ、聞くとこころではすでにかかなりの病院から申込みがあるようで受審までに少々時間がかかるそうである。その分、十分準備して臨んでいただきたい。

これからの方向性—各病院で確実な評価を

私たちは石川さんの志を継いで、誰もがよりよいリハビリテーションを受けられるよう、回りハ病棟の質の向上を図り続けなければいけない。そのためには実態調査を継続し、確実な評価を実践する、誠実にデータをありのまま隠し立てせず報告する。先に触れた入院時の日常生活機能評価の採点を含めてここは協会としての「自浄努力」が必要であると思う。

FIM採点の精度向上—外部講習会受講を

まず、院外で実施され修了証が発行される正式なFIM講習会の受講職員が0人の病院がまだに3分の1程度見られる（図2）。きわめて残念なことだ。職種や経験など評価者による差異を最小限に留めるために少なくとも1名の方に外部のFIM講習会を受講し、未受講のスタッフに伝達いただきたい。病院の経営側がこのことを積極的に促し、

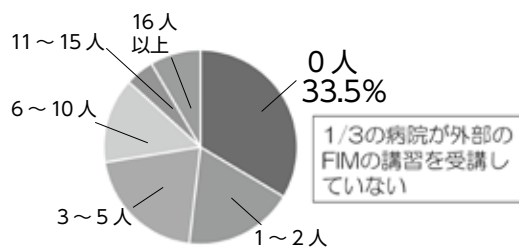


図2 修了証が発行されるFIM講習会の受講職員数

FIM評価にかかわる職員全員が正しく採点できる環境を早急に整える必要がある。

専従医師—リハビリテーション医学会加入を

医師に関しては回りハ病棟開設病院の中に、日本リハビリテーション医学会の会員が一人もいない病院が3分の1強見られる。これは嘆かわしいことだ。少なくとも、回りハ病棟で勤務される医師の方々には同医学会の会員になっていただきたい。その後は学会内での情報取得や研修会の受講といった活動でよいかと思う。まずご参加いただきたい。

専従社会福祉士—適正な担当患者数勘案を

社会福祉士は病棟専従配置となっているものの、病棟サイズが大きめの場合、たとえば60人の患者の退院支援を一人で行うことなど到底無理である。無理にでもやるとなればすべてペーパーワークとなり面談の時間などまったくとれない状態に陥る。社会福祉士1名の適正な担当患者数は多くて24～25名であろう（この比率は専従医師についてもよくいわれている）。50～60名の病棟であれば少なくとも2～3名を配置し絶対数を確保する必要がある。

管理栄養士—全病棟専任配置に向け努力を

管理栄養士は回りハ病棟入院料1が専任配置、2～5では専任配置が努力規定となっている。実は今回改定でこの努力規定が外れると予想しており、残念であった。管理栄養士のチーム参画の意義・重要性をさらにアピールし、全病棟に専任配置される体制の要件化に向け、引き続き努力したい。

少数勤務職種—質・量の担保と充実を

回りハ病棟では看護・介護職やセラピストの配置

が重要になるが、同じ病棟内には医師、社会福祉士、管理栄養士、配置要件外だが薬剤師等が少数、勤務している。コロナの濃厚接触時、妊娠・出産等のライフイベント時の欠員に備えて質・量の担保・充実に努めていただきたい。

回リハ病棟 これからの方向性

「すべての回リハ病棟が入院料1を目指すべきなのか」とよく指摘される。他の病院団体からは「回リハ病棟はリハビリテーションをやりすぎでは?」と疑問視されることも多い。「回リハ病棟入院料は6段階も必要なのか」。これは5段階になった。

ただし、新入院料5(旧入院料6)はあくまで回リハ"入門編"の位置づけである。入院料1~4の各病棟で重症患者を一定割合受け入れ、在宅復帰を達成する、そこがベースにあろうかと思う。その上で、実績指数を満たすか、あるいは重症者の入院割合に応じて入院料が1~4に決まってくる。

実績指数の数値が高くなってきた余波で、入院期間が短くなってきている。回リハ病棟の中には、入院と同時に退院時期も決まってしまう病院が少なからずあるとの報告も受けている。しかし、回復期のリハビリテーションが必要な患者に対し必要な期間、十分な量のリハビリテーションが提供できることが基本である。実績指数の達成を優先し相半ばで退院を余儀なくされることが決していないようにしたい。

地域の介護サービス提供体制の整備状況により、介護サービスの供給が十分な地域とほとんどない地域では、退院時期は変わってくる。あるいは地域性の違いで大都市の中心地にある回リハ病棟と地方の郊外型の病棟とでは地価、人件費、輸送費等の運営コストが変わってくる。一方、診療報酬は全国一律である。これらを考慮すれば、実績指数の達成を第一とせず、少々ゆっくりとリハビリテーションを提供する病院があっただけでいいと私は考えている。

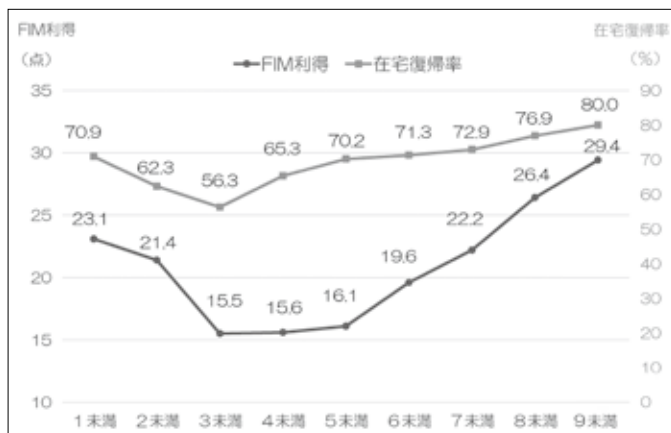


図3 1日あたりリハビリテーション実施単位数とFIM利得在宅復帰率の関係(2021年度 当協会実態調査結果)

徹底してリハビリテーションを提供すべき

図3は2021年度回リハ病棟実態調査のデータで、1日あたりリハ実施単位数とFIM利得・在宅復帰率の関係を示したグラフである。リハビリテーションを十分量提供すればFIMの利得は大きくなり、在宅復帰率も高まる。個別リハビリテーションを1日8単位以上提供すると在宅復帰率は80%に達する。回リハ病棟入院中は早期から徹底してリハビリテーションを退院時まで提供すべきである。

私たちは基本的には高機能の回リハ病棟を目指すのが、入院料2や4の病棟があってもよいと思う。集中してリハビリテーションを行うことでFIM利得が上がり、在宅復帰率が高まる。結果、早く帰れる。「早くよくして早く地域にお戻りする」という石川さんの教えを胸に刻んで実践する。フォローアップを行い退院後の自宅等での生活をできるだけ長く続けていただく、私たちはそこまで責任をもって回復期のリハビリテーションを提供していくべきである。

ロボット、ボツリヌス・ITB療法、再生医療後のリハビリテーション、ニューロリハビリテーション、データ解析へのAI活用など新しい治療の動き、新しい分野に対しても私たちには積極的にチャレンジする姿勢が必要だ。次の改定に向け成果を出していきたい。