

Part 1 ポイント解説

回りハ病棟 重症度引き上げの背景と影響

岡本 隆嗣

当協会常任理事

医療法人社団朋和会 西広島リハビリテーション病院 理事長・院長

10年ぶりの重症割合引き上げ

2022年改定において、回復期リハビリテーション(以下、回りハ)病棟では重症者の入院割合が10年ぶりに引き上げられた(表1)。加えて、第三者評価の導入、入院対象疾患の追加、入院料が1~5に整理再編されたこと—が今回改定の主な内容であった。以下、重症度引き上げの背景と影響について述べる。

重症者評価の導入と変遷

2008年に回りハ病棟に「質の評価」が導入され、看護必要度B項目から派生した日常生活機能評価、すなわち介助量の重症者の入院割合やその改善割合が要件となった。2012年には基準が30%に引き上げられると同時に看護必要度A項目、すなわち吸引や創傷治療などの医療的ケアについての項目が導入され、これ以降、気管切開や経鼻チューブ・尿道カテーテル患者が回りハ病棟に当たり前のように入院するようになった。医療的ケアの重症者と介助量の重症者の多くは重複するため、日常生活機能評価のみで重症度は十分に評価できるという考えを当協会が主張し¹⁾、2018年にA項目は廃止されるに至った。

2020年には、重症者をFIMの総得点を用いて評価することが可能となった。2016年の実績指数導入後、回りハ病棟のADL評価はFIMが主流となり、FIM総得点は日常生活機能評価と相関していることが理由として挙げられる。現在は日常生活機能評価10点=FIM総得点55点、と定

義されている。2021年の全国調査²⁾では、重症率の評価に63.7%の病棟が日常生活機能評価を、36.3%がFIMを使用していたが、この先FIMに変更される可能性が高い。

2022年改定~重症患者割合の引き上げ

今回の重症患者割合の引き上げによって、入院料1・2では40%、同3・4でも30%となった。今回新設された特定機能病院リハビリテーション病棟入院料では、なんと50%である(表2)。重症患者の受け入れ割合が30%を超えないと、もはや回りハ病棟入院料の算定すらできなくなる、という衝撃は大きい。今回引き上げられた理由として次の2点が考えられる。

1つ目は入院料1・2を算定する病棟について、入院時FIM合計55点以下の重症患者割合が約40%³⁾だったことが挙げられる。現場からすると、全国平均で40%が重症者というのは信じられない感じだが、これは入院時FIM評価の正確性の問題も影響しているのだろう。

ここ数年、発症後日数の短縮の影響以上に入院時FIMが年々低下していることが指摘されてきたが、2022改定に向けた議論の中で、重症度の基準である日常生活機能評価とFIMデータを解析すると、機能評価の認定を受けていない病院では、同じ入院時の日常生活機能点数に対する入院時運動FIM得点が有意に低いことが明らかとなった。重症者のFIMは元々低く下げようがないため、軽症者で意図的に低く評価されていると推測され、これが第三者評価導入のきっかけとなった³⁾。

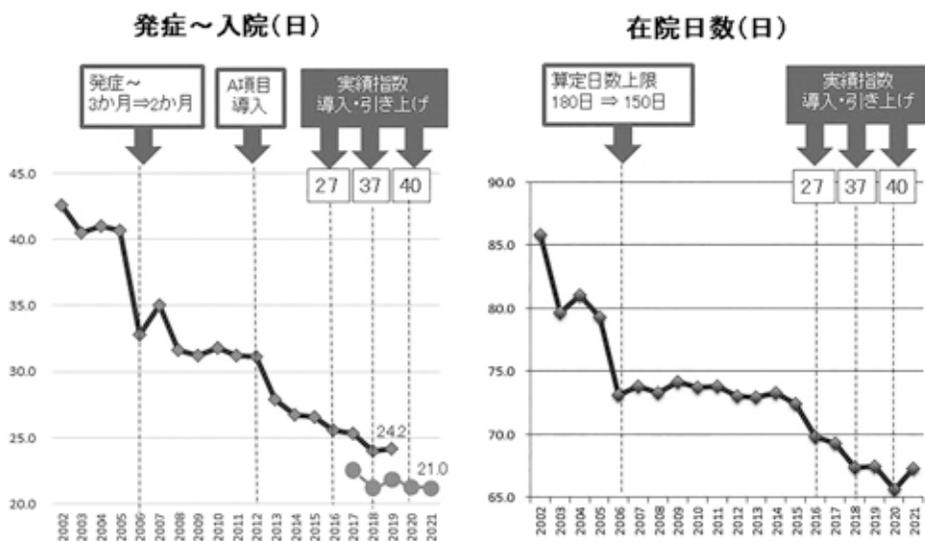
表1 入院料1における重症率の変遷（日常生活機能評価またはFIMによる評価）

2008年: 15%以上	日常生活機能評価 [*] 10点以上
2010年: 20%以上	日常生活機能評価 10点以上
2012年: 30%以上	日常生活機能評価 10点以上
2020年: 30%以上	日常生活機能評価 10点以上またはFIM合計55点以下
2022年: 40%以上	日常生活機能評価 10点以上またはFIM合計55点以下

*重症度・医療看護必要度6項目から派生した評価

表2 重症率に係る施設基準

	特定機能病院 リハビリテーション 病棟入院料	入院料1	入院料2	入院料3	入院料4	入院料5
医師	専従常勤1名以上	専任常勤1名以上				
		体制強化加算（専従医師）あり	—			
看護職員	10対1以上 (7割以上が看護師)	13対1以上 (7割以上が看護師)	15対1以上 (4割以上が看護師)			
看護補助者	30対1以上					
新規入院患者のうちの 重症患者の割合	5割以上	4割以上	3割以上			
入院時重症患者における退院 時の日常生活機能評価 ()はFIM総得点	—	3割以上が4点 (16点) 以上改善	3割以上が3点 (12点) 以上改善			—
自宅等に退院する割合	7割以上					
リハビリテーション実績指数	40以上	—	35以上	—	—	—



2020年改定で発症～入棟までの日数制限が撤廃されたため、平均値の表記(◆)は2019年までとし、2017年からの中央値(●)を記載。

図 発症から入院および在院日数の経年変化 (文献2より改変)

2つ目は発症から入院までの日数の短縮化である²⁾(図)。発症から入院までの期限が2か月に短

縮されて以降、平均31～32日で推移していた。ところが、2012年に重症者の入院割合が引き

表3 回リハ病棟からの退院先の変化

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2015年からの 変化
自宅	69.4%	68.7%	67.7%	68.0%	66.7%	66.8%	66.5%	-2.9%
居住系施設	9.6%	9.9%	10.7%	11.6%	12.1%	12.4%	12.8%	3.2%
急変・死亡	5.2%	5.4%	5.9%	6.5%	6.9%	6.6%	6.5%	1.3%
療養型・老健など	15.7%	16.0%	15.7%	13.8%	14.3%	14.3%	14.3%	-1.4%

上げられると同時に A 項目が導入されたことをきっかけに、その後の2年間で約4.5日短縮した。発症早期の方がより重症であるため、早期入院受け入れのインセンティブが働いたのだろう。2016年の実績指数導入後にさらに短縮した。今回厚労省は急性期からの転院が滞っていると判断し、重症率を引き上げることで、10年前の再現を狙っているのではないかと推測される。

病棟に与える影響～問われる安全管理体制

たとえば入院料1・2の重症率40%を安定してクリアするには病棟の入院患者の半数近くが重症で入院してくるイメージである。今回は重症割合が引き上げられたにもかかわらず、それに対応する医師や看護師のマンパワーを増強するための報酬の手当が導入されなかった。これは危険性をはらんでいる。

社会構造の変化に伴う入院患者の高齢化、発症から入棟までの期間の短縮化、重症者の受け入れの義務化などの要因で、入院患者は着実に重症化している。また十分な精査が行われなまま回リハ病棟へ入院してくる例も少なくない。病棟では、脳卒中の再発予防や骨折後の対応だけでなく、合併症や併存疾患（糖尿病、高血圧、骨粗鬆症、慢性臓器不全、消化器疾患、肺炎、尿路感染、深部静脈血栓など）を含め、ある程度の診断・治療を行う体制や、急変・重症化時には、急性期病棟への速やかな転院・転棟できる体制も必要となる。つまり、急性期病院と連携を緊密に保ちつつ、入院患者を安全に管理する体制を各病院が構築しなければならない。患者20名程度に医師1名が必要となってくるだろう⁴⁾。

さらに重症者の増加によって、医療的管理やケアだけでなく、リハ・栄養管理もより一層大変になる。また早期受け入れのためには、より多く病床を回転させる必要があり、入退院支援を含めたチームの総合力が求められる。

表3に最近の回リハ病棟からの退院先（全国データ）を示した。重症者が増えると自宅退院が減り、居住系施設・療養型・老健などへの退院や、急変・死亡率が上昇することが懸念される。



以上、簡単ではあるが、今回改定のポイントを解説した。今回の改定では医師や看護師の人員要件の変更はないままに、重症基準のみが引き上げられた。少ない専門職で重症管理を行う医療リスクや、より一層のダウンコーディングが懸念される。

今後の質向上には、回リハ病棟に特化したプロセス評価である「高度・専門機能リハ（回復期）」で一定以上の評価を受けていることが、最終的に報酬の要件になることが望まれる。

【参考文献】

- 岡本隆嗣, 園田 茂, 宮井一郎, 寛 淳夫, 石川 誠. 回復期の現状と今後の行方～平成24年度実態調査結果から～. 回復期リハビリテーション 12(2):22-30, 2013
- 一般社団法人 回復期リハビリテーション病棟協会: 回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する調査報告書(2002年～2021年)
- 厚生労働省. 中央社会保険医療協議会 総会(第496回) 議事次第. 令和3年11月12日 <https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000864213.pdf> (2022年9月引用)
- 岡本隆嗣. 回復期リハビリテーション病棟における医師の役割. 臨床リハ 31:337-346, 2022