

「回復期リハビリテーション病院機能の  
CI（クリニカル・インディケーター）について」  
事業報告書

# 目次

概要	1
Ⅰ. はじめに	
1. 医療の質の評価に関する国際的動向 —Donabedian の3分類と医療保険政策—	2
2. 医療の質の評価に関する国内の動向 —厚生労働省「医療の質の評価・公表等推進事業」など—	4
Ⅱ. リハビリテーション医療にかかる評価指標について	
1. 厚生労働省「医療の質の評価・公表等推進事業」実施団体での評価	9
2. 日本医療機能評価機構 病院機能評価 リハビリテーション病院	11
3. 回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する実態調査	13
Ⅲ. リハビリテーション医療をめぐる近年の動向	
1. 回復期許可病床数の推移と診療報酬への質の評価の導入	15
2. リハビリテーション医療をめぐる近年の動向	22
Ⅳ. 都病協版回復期リハビリテーション病院機能のCI（臨床的・インディケータ）	
1. 目的	33
2. 方法	34
3. 結果	37
4. 考察	42
資料	
都病協版回復期リハビリテーション病院機能のCI（臨床的・インディケータ） Ver. 1	43
謝辞	50
文献	51

## 概 要

【はじめに】 リハビリテーション医療分野における有益な治療技術、チーム・アプローチ等の効果判定を取り入れた医療の質指標はまだ不十分である。回復期リハビリテーションの社会的役割を評価する上で、就労支援やケア・マネジャーとの連携の評価は重要な指標であるが、既存の医療の質の評価指標での指標化は十分とはいえない。地域包括ケア病棟を含めたリハビリテーションの費用対効果の検証を求める流れへの対応も、今後は必要となるであろう。

臨床指標 (Clinical Indicator)、あるいは医療の質指標 (Quality Indicator) は、「医療の質を定量的に表現しようとするもので、医療の質改善のためのツール」である。等しく、患者家族・市民への情報開示という目的も有する。

医療の質を測るには、様々な視点からの指標が求められる。厚生労働省「医療の質の評価・公表等推進事業」なども実施されている。質に基づく診療報酬の支払い (Pay for performance : P4P) が国際的にも広まってきており、回復期リハビリテーションに対しても FIM を用いたアウトカム評価などの導入が図られてきている。しかしながら、回復期リハ病棟を対象としたリハビリテーション病院に対する病院機能評価、回復期リハビリテーション病棟協会の実態調査などでは、受審あるいは記入側の負担は少なくない。

以上の検討に基づき、東京都病院協会・診療情報管理部会では、医療機関でのリハビリテーションを経て、介護保険制度・地域支援につなぐための医療の質を評価するために、既存の評価指標を補完するクリニカル・インディケーターの実現が必要であると判断し、作成事業に着手した。

### <事業内容>

【目的】 回復期リハビリテーションにおける医療の質の向上と患者様への情報提供を図るため、東京都病院協会診療情報管理委員会では、クリニカル・インディケーター (以下、都病協版回復期 CI) を作成した。本報告書では、都病協版回復期 CI の策定経緯と簡易度・有用度に関する試験評価結果を報告する。

【方法】 都病協版回復期 CI は、Ⅰ. ストラクチャー (7 項目)、Ⅱ. プロセス (8 項目)、Ⅲ. アウトカム (5 項目) の計 20 項目より構成され、回答を数値・項目選択のみで求める点に特徴がある。FileMaker を用い無償頒布可能な入力フォームを作成し、試験回答を会員 2 施設で実施した。更に、1 施設で全回答者 18 名が項目毎の簡易度・有用度を 5 段階評価し、2、1、0、-1、-2 で回答を重み付け得点化した。

【結果】 簡易度の平均値は、「診療科」と「チームアプローチ」が 4.4 点と最も高く、次いで「在宅復帰率」4.2 点となった。有用度の平均値は、「リハ実施単位数」5.8 点、「入退院時 BI/FIM 平均」5.6 点、「在宅復帰率」5.4 点の順に高い値を示した。簡易度・有用度とも中央値により層別化した所、7 項目が両指標で中央値以下となり、当該項目は、Ⅰ. 「転入元」「入院適応基準」、Ⅱ. 「MSW 相談件数」「医師サマリー作成率」「退院前ケア・マネジャー (CM) 介入件数」、Ⅲ. 「転出患者数」「就労支援実施件数」であった。さらに、結果に基づき、簡易度が負値を示した「退院前 CM 介入件数」「就労支援実施件数」の改定を行い、初版を作成した。

【考察】 次年度以降、継続的に、都病協版回復期 CI の多施設活用、さらに診療報酬改定に対応した二次指標作成、妥当性の検討を進めたい。

## I. はじめに

### 1. 医療の質の評価に関する国際的動向 —Donabedian の3分類と医療保険政策—

臨床指標 (Clinical Indicator)、あるいは医療の質指標 (Quality Indicator) は、「医療の質を定量的に表現しようとするもので、医療の質改善のためのツール」である。また、患者家族・市民への情報開示という目的も有する。医療の質を測るには、様々な視点からの指標が求められる。

ドナベディアンは、医療の質の評価において、世界中で最も広く受け入れられている枠組みを提唱した (図 I-1) (Donabedian, 1966, 1968, Brien, et al., 2008)。

1. ストラクチャー (構造)
2. プロセス (過程)
3. アウトカム (結果)

ドナベディアンの分類は、米国の公的保険制度であるメディケアにおいて、医療の質をプロセスとアウトカムにより測定する分類にも用いられるなど、広く普及している (図 I-2)。

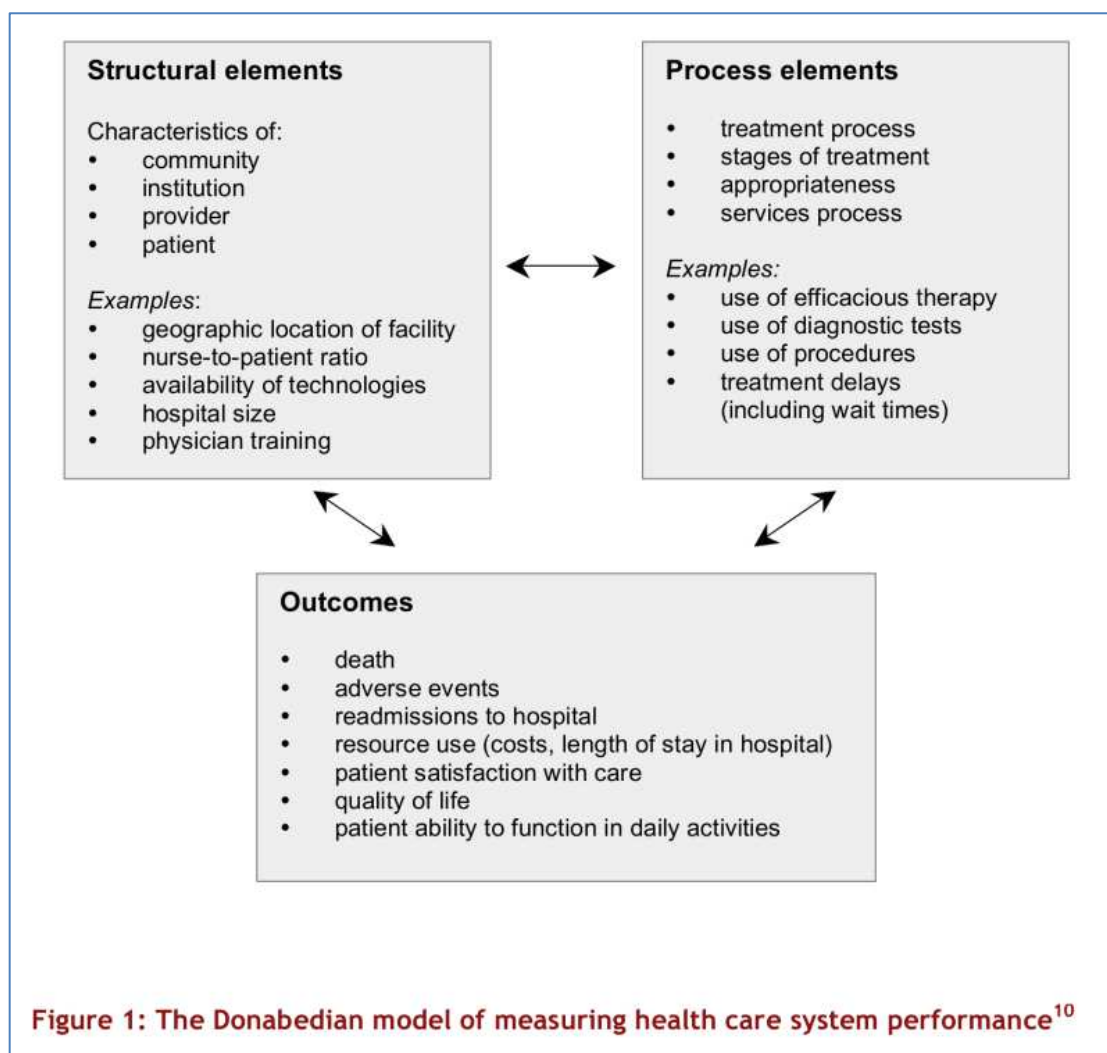


図 I-1 ドナベディアンモデル (Brien, et al., 2008)



図 I-2 メディケアHPより

(<https://www.medicare.gov/HomeHealthCompare/Data/Quality-Measures-List.html>)

質に基づく支払い (Pay for performance : P4P) は、米国を中心に広がってきている。P4P は、「医師、病院、その他、ヘルスケアに関連するものに対して行った行為について、決められている評価指標で評価をし、その結果に対して、金銭的なインセンティブまたは、ペナルティを与える方式である。」(鄭、井上、2012)。米国では、メディケア・メディケイドサービスセンター (CMS: Centers for Medicare & Medicaid Services) により、入院リハビリテーション施設の定額償還方式支払 (Inpatient Rehabilitation Facility-prospective payment system (IRF-PPS)) が、世界で最も広く用いられている ADL 評価指標である機能的自立度評価法 (FIM ; Functional Independence Measure) を活用し、行われている。

医療の質を図る試みは、経済協力開発機構 (Organisation for Economic Co-operation and Development; OECD) をはじめとし、世界各国で、様々な指標により評価がなされている。

イギリスの国立医療技術評価機構 (National institute for Health and Clinical Excellence; NICE) では、医療の質の評価指標が公開されている。2004 年より国民保健サービス (NHS) によりアウトカムに応じた支払方式である Quality and Outcomes Framework: QOF として診療報酬に反映されている。(堀、2011) また、the UK Rehabilitation Outcomes Collaborative (UKROC) に集積された FIM データが、効率的なリハビリテーションサービス提供のために活用されている。

ドイツ連邦政府のエージェンシーである医療品質・効率性研究機構 (Institute for Quality and Efficiency in Healthcare; IQWiG) では、医療の品質と効率性を評価する方法・指標が公開されている。

フランス保険省の医療機関の質と安全局 (Haute Autorité de santé; HAS) では、医療の質の評価指標が公開され、医療機関の格付け評価に用いられている。

「P4P は 1990 年代に米国で始まったが、その後、英国、オーストラリア、カナダ、デンマーク、ドイツ、イスラエル、ニュージーランド、台湾、韓国など、徐々に広がりをみせている。日本でも、2008 年より P4P とみなせる「医療の質に基づく支払」方式を、回復期リハビリテーション病棟の診療報酬に導入した。そして、医療の民間保険領域から出発した P4P は、公的な医療報酬支払制度へと広がり、さらに米国を中心として介護領域にまで広がっている。しかし、P4P の導入が質の向上につながっているのかについてはまだ十分に明らかにされていない。」(鄭、井上、2012)

医療の質を定量的指標を用いて評価し、公開することにより、医療サービスの質、医療費・医療保険制度の費用対効果の向上、市民・被保険者への情報提供に基づく合意形成・選択の自由を目指すことは、国際的な動向である。

## 2. 医療の質の評価に関する国内の動向

国内での医療の質の評価は、2007年より始まる聖路加国際病院の取り組みに端を発する。今日では、多くの病院がQIを測定し、公開するようになってきており、公益財団法人 日本医療機能評価機構では、各事業等で使われている医療の質指標を集め、分類基準を、指標の分類、疾患領域の分類、がん／感染症の分類、ドナペディアン分類に区分し、医療の質指標ライブラリを公開している（図I-3）。

分類について
<ul style="list-style-type: none"><li>○ <b>指標の分類</b><ol style="list-style-type: none"><li>1. 患者満足度の指標</li><li>2. 病院全体の指標</li><li>3. 疾患領域別の指標</li></ol></li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>○ <b>疾患領域の分類</b><ol style="list-style-type: none"><li>1. 神経系疾患</li><li>2. 循環器系疾患</li><li>3. 消化器系疾患、肝臓・胆道・膵臓疾患</li><li>4. 筋骨格系疾患</li><li>5. 産科・婦人科系疾患</li><li>6. 内分泌・栄養・代謝に関する疾患</li><li>7. 精神疾患</li><li>8. 呼吸器系疾患</li><li>9. 腎・尿路系疾患及び男性生殖器系疾患</li><li>10. 小児疾患</li><li>11. 血液・造血器・免疫臓器の疾患</li><li>12. 眼科系疾患</li><li>13. 耳鼻咽喉科系疾患</li></ol></li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>○ <b>がん／感染症</b><ol style="list-style-type: none"><li>1. がん</li><li>2. 感染症</li></ol></li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>○ <b>ドナペディアン三分類</b><ol style="list-style-type: none"><li>1. ストラクチャー(構造)</li><li>2. プロセス(過程)</li><li>3. アウトカム(結果)</li></ol></li></ul>

図 I-3 医療の質指標ポータルサイトにおける分類（公益財団法人 日本医療機能評価機構）

平成 22 年度以降、厚生労働省「医療の質の評価・公表等推進事業」が実施されている。「患者満足度を含めた臨床指標を選定し、本事業に協力する病院の臨床データを収集・分析し、臨床指標を用いた医療の質の評価・公表を行い、評価や公表に当たっての問題点の分析等を行うための体制を整備する団体に対し、補助金を交付する」事業である。今日、多くの病院団体等で、医療の質評価事業が実査されるようになってきており、事業対象団体の加盟病院数は延べ集計で計 7563、うち事業参加病院数は、計 785 施設であり、平成 27 年 1 月末時点の病院数が計 8492 施設であることから、大半の病院が同事業対象施設となっており、うち 1 割以上が同事業に参加していることがわかる（表 I-1、2）。また、聖路加病院をはじめとし、公益財団法人東京都保健医療公社、徳洲会グループ、上尾中央医科グループ、聖隷浜松病院などでは、独自の医療の質指標を作成し、毎年実績報告を更新している。以下に、「医療の質の評価・公表等推進事業」実施各団体の直近の評価指標（表 I-3）、都公社の指標（図 I-4）を示した。

表 I-1 「医療の質の評価・公表等推進事業」の実施病院団体（各団体HP，厚労省HPより作成）

団体名	加盟病院数	現事業名	参加病院数	(同右年度)	取組開始年度	厚労省 医療の質の評価・公表等推進事業 実施年度(平成)					
						22	23	24	25	26	27
一般社団法人 日本病院会	2451	QIプロジェクト	326	(H26)	平成22年度	○					
公益社団法人 全日本病院協会	2440	医療の質の評価・公表等推進事業	42	(H26)	平成14年度	○	○	○			
独立行政法人 国立病院機構	143	医療の質の評価・公表等推進事業	54	(H26)	平成22年度	○					
一般社団法人 日本慢性期医療協会	1160	医療の質の評価・公表等推進事業 慢性期医療のクリニカルインディケータ	39	(H24)	平成23年度	○	○				
社会福祉法人 恩賜財団済生会	477 病院診療所 97	医療・福祉の質の評価・公表推進事業	91	(H26) (DPCS4 他37)	平成23年度	○					
全日本民主医療機関連合会	1810 病院141	医療の質の向上・公開推進事業	85	(H26)	平成23年度	○	○	○	○	○	
独立行政法人 労働者健康福祉機構	34	労働者健康福祉機構臨床評価指標	34	(H26)	平成25年度			○			
公益社団法人 全国自治体病院協議会	1097	医療の質の評価・公表等推進事業	114	(H26)	平成26年度				○	○	
計	7563		785								

表 I-2 厚生労働省 医療施設動態調査（平成 27 年 1 月末概数）

1. 種類別にみた施設数及び病床数

	施設数		増減数		病床数		増減数
	平成27年1月	平成26年12月			平成27年1月	平成26年12月	
総数	178 092	178 261	△ 172	総数	1 681 026	1 682 012	△ 986
病院	8 492	8 495	△ 3	病院	1 569 572	1 570 012	△ 440
精神科病院	1 067	1 067	-	精神病床	337 959	338 127	△ 168
一般病院	7 425	7 428	△ 3	感染症病床	1 781	1 781	-
療養病床を有する病院（再掲）	3 859	3 858	1	結核病床	6 177	6 220	△ 43
地域医療支援病院（再掲）	485	485	-	療養病床	329 034	329 112	△ 78
				一般病床	894 621	894 772	△ 151
一般診療所	100 801	100 927	△ 126	一般診療所	111 363	111 909	△ 546
有床	8 274	8 327	△ 53				
療養病床を有する 一般診療所（再掲）	1 094	1 104	△ 10	療養病床（再掲）	11 158	11 262	△ 104
無床	92 527	92 600	△ 73				
歯科診療所	68 799	68 839	△ 40	歯科診療所	91	91	-

表 I-3 厚生労働省「医療の質の評価・公表等推進事業」実施団体での指標一覧

リハビリ関連項目：太字    ピンク縦縞：急性期・リハ全般    黄色地：回復期・地域連携関連

日本病院会			全日本病院協会			国立病院機構			日本慢性期医療協会		
2015年度			2014年度			2014年度			2012年度		
一般病床 療養病床 精神病床						国立病院(n=54)			主として 回復期 療養型病院		
No.	指標分類	指標名	No.	指標分類	指標名	No.	指標分類	指標名	No.	指標分類	指標名
1	Outcome	患者満足度(外来患者)	< 患者満足度に関するアウトカム指標 >	患者満足度	1	乳がん(ステージ)患者に対する乳房温存手術の実施率	1	患者満足度	患者満足度	患者満足度	
2		患者満足度(入院患者)	2	病院推奨度	2	PCI施行前のアスピリンおよび硝酸グロブドレルまたはプラスグレルの処方率	2	医療	入院時の医療区分の3か月後の改善率		
3		死亡退院患者率	< 病院全体に関する指標 >	平均在院日数	3	PCI施行患者(救急車搬送)の入院死亡率	3		肺炎の新規発生率		
4-a		入院患者の転倒・転落発生率	4	死亡率	4	急性脳梗塞患者に対する入院2日以内の頭部CTもしくはMRIの実施率	4		肺炎の治療率		
4-b		入院患者の転倒・転落による損傷発生率(レベル2以上)	5	予定しない再入院率	5	急性脳梗塞患者に対する早期リハビリテーション開始率	5		尿路感染症の新規発生率		
4-c		入院患者の転倒・転落による損傷発生率(レベル4以上)	6	医療費	6	急性脳梗塞患者における入院死亡率	6		尿路感染症の治療率		
5		褥瘡発生率	7	手術が施行された患者における肺血栓塞栓症の予防対策の実施率	7	心大血管手術後の心臓リハビリテーション実施率	7		入院時、尿道カテーテルが留置されている患者の1か月後の抜去率		
6	Process	紹介率	8	手術が施行された患者における肺血栓塞栓症の発生率	8	出血性胃・十二指腸潰瘍に対する内視鏡的治療(止血術)の実施率	8	看護・介護	入院時のADL(障害高齢者の日常生活自立度判定基準)の3か月後の改善率		
7		逆紹介率	9	褥瘡の持込率	9	B型およびC型慢性肝炎患者に対する肝細胞がんスクリーニングと治療管理のための腫瘍マーカー検査の実施率	9		入院時のADL区分の3か月後の改善率		
8		尿道留置カテーテル使用率	10	褥瘡の発生率	10	人工関節置換術後の早期リハビリテーションの実施率	10		入院時の要介護度の3か月後の改善率		
9	Outcome	症候性尿路感染症発生率	11	65歳以上の患者における認知症の保有率	11	T1a、T1bの腎がん患者に対する腹腔鏡下手術の実施率	11		抑制が行われている患者の比率		
10	Process	救急車・ホットラインの応需率	< がん、脳卒中、急性心臓病、救急病等の主な疾患に関する指標 >	急性心臓病における主要手術・治療実施率	12	T1a、T1bの腎がん患者の術後10日以内の退院率	12		褥瘡患者の持込みの比率		
11		特定術式における手術開始前1時間以内の予防的抗菌薬投与率	13	肺炎に対する抗生物質使用	13	良性卵巣腫瘍患者に対する腹腔鏡下手術の実施率	13		褥瘡の治療率		
12		特定術式における術後24時間(心臓手術は48時間)以内の予防的抗菌薬投与率	14	出血性胃・十二指腸潰瘍に対する内視鏡的治療(止血術)の施行率	14	良性卵巣腫瘍患者に対する術後5日以内の退院率	14	リハビリテーション	入院時のFIMの3か月後の改善率		
13		特定術式における適切な予防的抗菌薬選択率	15	急性脳梗塞患者に対する早期リハビリテーション開始率	15	てんかん患者に対する抗てんかん薬の血中濃度測定実施率	15		入院時のBIの3か月後の改善率		
14	Outcome	糖尿病患者の血糖コントロール(HbA1c(NGSP) < 7.0%)	16	胃がんの患者に対する内視鏡的粘膜下層剥離術(ESD)の施行率	16	股関節大腿近位骨折手術施行患者における抗菌薬3日以内中止率	16		リハビリテーション提供率(1人1月あたり実施日数)		
15-a		退院後6週間以内の救急医療入院率	17	胆嚢切除術患者に対する腹腔鏡下手術施行率	17	股関節大腿近位骨折手術施行患者における手術部位感染予防のための抗菌薬遅延率	17		リハビリテーション提供時間(1人1日あたり単位数)		
15-b		退院後6週間以内の救急医療入院率	18	虫垂炎の患者に対する手術施行率	18	75歳以上入院患者の退院時処方における向精神薬が3種類以上の処方率	18	薬剤	内服薬定期処方の見直しの平均頻度		
16	Process	急性心臓病患者における入院時早期アスピリン投与割合	19	虫垂切除術患者に対する腹腔鏡下手術施行率	19	胃がん、大腸がん、膵臓がんの手術患者に対する静脈血栓塞栓症の予防対策の実施率	19		注射薬処方の見直しの平均頻度		
17		急性心臓病患者における退院時アスピリン投与割合	20	帝王切開における全身麻酔施行率	20	手術ありの患者の肺血栓塞栓症の予防対策の実施率(リスクレベルが中リスク以上)	20	検査	検査未実施率		
18		急性心臓病患者における退院時βブロッカー投与割合	21	帝王切開における輸血施行率	21	手術ありの患者の肺血栓塞栓症の発生率(リスクレベルが中リスク以上)	21		尿培養検査と細菌培養感受性検査の実施率		
19		急性心臓病患者における退院時スタチン投与割合	22	< 回復期や慢性期、あるいは地域連携に関する指標 >	22	退院患者の標準化死亡率	22	栄養	低栄養の改善率		
20		急性心臓病患者における退院時ACE阻害剤もしくはアンギオテンシンⅡ受容体阻害剤投与割合	23	脳卒中地域連携パスの使用率	23	安全管理が必要な医薬品に対する服薬指導の実施率(DPC病院)	23		経管栄養(中心静脈栄養・胃ろう・経鼻)から経口摂取可能になった患者率(1か月以内)		
21		急性心臓病患者におけるACE阻害剤もしくはアンギオテンシンⅡ受容体阻害剤の投与割合	24	大腸地域連携パスの使用率	24	入院患者における総合満足度	24	医療安全	転倒・転落などによる重症事故の発生率		
22		急性心臓病患者の病院到着後90分以内の初回PCI実施割合	25	大腸骨盤部骨折連携パスの使用率(転院先)	25	外来患者における総合満足度	25	地域連携	急性期病院からの新規入院患者紹介率		
23		脳卒中患者のうち第2病日までに抗血栓療法を受けた患者の割合	26	急性期病棟における退院調整の実施率			26		在宅からの新規入院患者紹介率		
24		脳卒中患者のうち退院時抗血栓薬処方割合	27	救急搬送患者における連携先への転院率			27		在宅復帰率		
25		脳卒中患者の退院時スタチン処方割合	28	救急搬送患者における連携先からの受入件数							
26		心房細動を伴う脳卒中患者への退院時抗凝薬処方割合	29	介護施設・福祉施設からの入院率							
27		回復期における入院後早期リハビリ実施患者割合	30	他の病院・診療所の病棟からの転院率							
28		喘息入院患者のうち吸入ステロイドを入院中に処方された割合	31	介護施設・福祉施設等への退院率(年代別/退院先別)							
29		入院中にステロイドの経口・静注処方された小児喘息患者の割合	32	他の病院・診療所の病棟への転院率							
30	統合指標	統合指標(Composite Measures)【手術】	33	自宅退院患者における在宅医療を受ける率							
31		統合指標(Composite Measures)【虚血性心疾患】									
32		統合指標(Composite Measures)【脳卒中】									

恩賜財団済生会		全日本民主医療機関連合会		労働者健康福祉機構		全国自治体病院協議会			
2014年度		2014年度		2014年度		2015年度			
DPC病院 DPC以外(診療所含む) 老人保健施設・特別養護老人ホーム		★:公開指標		労災病院		自治体管理医療機関 一般 精神			
No.	指標名	No.	指標分類	指標名	指標分類	No.	指標名		
1	無料定額診療実施割合	★1	I. 病院全 体・救急安全・ 感染管理	A)医療保険適用病床における身体抑制 患者1人あたり抑制日数、B)医療保険適 用病床における抑制割合	病院運営	1	入院患者満足度(一般・精神共通指標)		
2	無料低額診療相談件数	★2		隔離新規発生率	2	患者満足度(入院)	2	外来患者満足度(一般・精神共通指標)	
3	患者からの苦情に対する処理割合	★3		退院後42日以内の緊急再入院割合	3	患者満足度(外来)	3	紹介状【一般】	
4	インシデント・アクシデント調査	★4		死亡退院患者割合(精死亡率)	4	診療情報	4	退院紹介【一般】	
5	医療ソーシャルワーカー業務担当職員数	★5		前接率	5	入院患者の肺炎症候の発生率	5	紹介状【地域医療連携病院】	
6	入院患者の満足度	6		100床あたりA)採用薬品数、B)新規採用 数	6	手術開始前1時間以内の予防的抗菌薬投 与率	6	退院紹介【地域医療連携病院】	
7	外来患者の満足度	7		退院後2週間以内のサマリ記載割合	7	外来化学療法実施件数(100床当たり)	7	新入院患者紹介	
8	公費負担医療患者の割合	8		職業歴の記載率	8	胃がん手術患者の術後平均在院日数	8	在宅復帰率	
9	回復期リハビリテーション病棟退院患者 の在宅復帰率	9		クリパの使用率	9	大腸がん手術患者の術後平均在院日数	9	院内他科入院中の精神科診察依頼頻度	
10	手術が行われた患者における肺血栓 症の予防対策の実施率	★10		A)入院患者の転倒・転落発生率、B)治 療を必要とする転倒・転落発生率、C)損傷 レベル4以上の転倒・転落発生率	10	回復期病室における早期リハビリテー ション開始率	10	精神科入院患者からの身体疾患受入れ 頻度	
11	手術が行われた患者における肺血栓 症の院内発生率	11	注射針およびそれに準ずる鋭利な器具に よる皮膚の損傷からの血液感染事例件数	11	急性心筋梗塞患者に対する入院当日若し くは翌日におけるアスピリン投与率	11	地域連携連携サポート率		
12	術後の大腸管穿孔・転子骨骨折の発生率	12	中心静脈カテーテル関連血流感染	12	次善管理医療後手術患者の術後平均在 院日数	12	地域分娩前率		
13	手術難易度分類別の患者割合	13	総黄色ブドウ球菌検出患者の内のMRSA 比率	13	輸血製剤適正率	13	地域救急貢献率		
14	出血性胃・十二指腸潰瘍に対する内視鏡 的治療(止血術)の施行率	14	アルコール手洗い剤使用割合	14	予防	14	転倒・転落レベル2以上発生率		
15	人工関節置換術手術前3日以内の早期 リハビリテーション開始率	★15	II. 手術関連	予定手術開始前1時間以内の予防的抗生 剤投与割合	15	安全	褥瘡推定発生率		
16	標準地域連携パスの使用率	16		悪性腫瘍手術における術中迅速病理標本 作成割合	16	入院患者の転倒・転落発生率	16	クリニカルパス使用率【患者側】	
17	大腸管吻合部骨折避脱パスの使用率	★17		A)入院手術患者の術後48時間以内緊急再手術 割合、B)入院期間中の手術後30日以内緊急再 手術割合(手術後48時間以内含む)	17	高齢(65歳以上)入院患者の入院中の骨折 率	17	クリニカルパス使用率【日録】	
18	急性期病室における退院調整の実施率	★18		III. 救急医療	救急患者受け入れ割合	18	取次	認定意見書作成日数	
19	救急搬送患者における退院先への転院 率	★19			心臓停止で救命搬入された患者のA)心拍 再開割合・B)心拍再開し生存退院した割 合	19	地域医療	紹介	
20	退院時共同指導の実施率	★20		IV. 個別疾患	市中肺炎患者死亡率(成人)	20	退院紹介	急性心筋梗塞14日以内院内死亡率	
21	介護支援連携指導の実施率	★21			胃がん手術後平均在院日数			21	ステージ1乳がん患者の乳房温存率
22	急性心筋梗塞の早期リハビリ実施率	★22			急性心筋梗塞患者に対する入院後24時 間以内のアスピリン処方率			22	大腸管地域連携パスの使用率
23	PCIにおけるdoor-to-balloon timeが90分 以内の割合	★23			糖尿病の患者の血糖コントロール				精神(平成27年10月28日調査)
24	糖尿病療養指導士1人あたりの外来退院 患者総数	24			高齢者への認知機能スクリーニングの実 施			No.	指標名
25	糖尿病合併症管理料算定者1人あたりの 外来退院患者総数	★25	リハビリテーション実施率					1	入院患者満足度【精神科再掲】
26	高齢者における褥瘡の院内発生率	★26	ケアカンファレンス実施割合					2	紹介状【精神科再掲】
27	胃がん手術後在院日数が延びた患者の 割合	27	菌陰性肺炎に対する嚥下評価・訓練実 施割合					3	退院紹介【精神科再掲】
28	大腸がん手術後在院日数が延びた患者 の割合	★28	V. 地域連携 に関する指標		A)紹介患者率、B)退院紹介患者率			4	新入院頻度【精神科】
29	腹腔鏡下胃がん手術後在院日数が延 びた患者の割合	★29			回復期リハビリ病棟の在宅復帰率			5	緊急入院患者数【精神科】
30	腹腔鏡下大腸がん手術後在院日数が 延びた患者の割合	30		退院時共同指導料算定率			6	措置入院件数【精神科】	
31	標準中患者の平均在院日数	31		VI. 人権の事 宜	医薬品副作用被害救済制度申請数			7	退院患者頻度【精神科】
32	乳がん(ステージ1)の患者に対する乳房 温存手術の施行率	32	社会資源活用により療養支援できた相談 者の割合				8	在院3か月以内退院率【精神科】	
33	がんのステージ別入院患者の割合	33	カルテ開示数				9	退院後3か月以内の再入院率【精神科】	
34	I期急性肺血栓手術における腹腔鏡下 手術の実施率	★34	VII. 患者満足 度		患者アンケート総合評価で「満足している」 と答えた患者の割合 A)入院患者、B)外 来患者			10	在宅復帰率【精神科】
35	急性心筋梗塞患者における退院時アスピ リンあるいは硝酸グリセロール処方率	35					11	救急車来院患者数【精神科】	
36	PCI施行した救急車搬送患者の入院死 亡率	36					12	警察関係車両来院患者数【精神科】	
37	急性心筋梗塞患者に対する入院後3日 以内の早期リハビリテーション開始率	37					13	転倒転落レベル2以上発生率【精神科】	
38	急性心筋梗塞患者に対する入院翌日までの 頭部CTもしくはMRの施行率	38					14	褥瘡推定発生率【精神科】	
39	急性心筋梗塞患者における入院死亡率	39					15	クリニカルパス使用率【精神科】	
40	がん患者に対する緩和ケアの施行割合	40							
41	人工関節置換術等の手術部位感染予防 のための抗菌薬の3日以内および7日以内 の中止率	41							
42	肺がん手術患者における術後感染発症率	42							



図 I-4 公益財団法人東京都保健医療公社 クリニカル・インディケーター（同HPより）

<p><b>1.病院全体の指標</b></p> <p>延入院患者数・延外来患者数 平均在院日数 病床利用率 剖検率 CPC実施件数 クリニカルパス実施状況</p>	<p><b>2.診療科目に関する指標</b></p> <p>疾病別患者数及び平均在院日数</p>
<p><b>3.手術に関する指標</b></p> <p>診療科別手術件数（手術室） 内視鏡検査件数、主な処置件数</p>	<p><b>4.がん医療に関する指標</b></p> <p>外来化学療法件数 放射線治療件数、症例数</p>
<p><b>5.救急医療の指標</b></p> <p>救急患者数（1日あたり） 救急搬送受入件数</p>	<p><b>6.放射線及び検査に関する指標</b></p> <p>緊急対応可能検査項目数及び緊急対応可能検査項目数の割合 緊急検査のTAT（ターンアラウンドタイム） CT、MRI、血管造影、マンモグラフィの検査人数 臨床検査に係る精度管理調査評価評点 放射線科医師による読影レポート数 ME機器点検実施件数</p>
<p><b>7.薬剤に関する指標</b></p> <p>服薬指導件数（入院・外来） ジェネリック使用率 薬剤師による抗がん剤等のミキシング数（処方箋枚数）</p>	<p><b>8.栄養に関する指標</b></p> <p>栄養指導件数（個別・集団） 栄養サポートチーム（NST）活動件数 お楽しみ食提供回数</p>
<p><b>9.看護に関する指標</b></p> <p>褥瘡発生率 常勤看護師の離職率 患者・家族のケア満足度</p>	<p><b>10.医療安全に関する指標</b></p> <p>転倒・転落率 医療安全研修・情報セキュリティ研修</p>
<p><b>11.地域連携に関する指標</b></p> <p>紹介・逆紹介患者率 地域連携パス実施数 医療従事者等研修開催数・広報誌発行部数 連携医数・高額医療機器の共同利用件数</p>	<p><b>12.医療サービスに関する指標</b></p> <p>患者満足度（入院・外来）</p>
<p><b>13.医師・看護師・コメディカルの資格等に関する指標</b></p>	

## II. リハビリテーション医療にかかる評価指標について

### 1. 厚生労働省「医療の質の評価・公表等推進事業」実施団体での評価

リハビリテーション医療にかかる評価指標について、前項の厚生労働省「医療の質の評価・公表等推進事業」実施団体の各指標を前節より抜粋再掲した（表Ⅱ-1）。リハビリテーション関連指標は団体により特徴がみられる。

全日本病院協会(2014年度)では、地域連携・パスに関する指標が多い。日本慢性期医療協会(2012年度)では、「リハビリテーション提供率(1人1月あたり実施日数)」「リハビリテーション提供時間(1人1日あたり単位数)」「入院時のFIMの3ヶ月後の改善率」「入院時のBIの3ヶ月後の改善率」「在宅復帰率」といった具体的・定量的なプロセス・アウトカム指標項目を挙げている。済生会は、「回復期リハビリテーション病棟退院患者の在宅復帰率」をアウトカム指標として挙げており、地域連携・パスに関する指標、急性期における主要疾患の早期リハビリテーション開始率を指標化している。全日本民主医療機関連合会も、「回復期リハビリ病棟の在宅復帰率」をアウトカム指標としており、「ケアカンファレンス実施割合」「退院時共同指導料算定率」といった多職種連携に係る指標を挙げている。全国自治体病院協議会では、「在宅復帰率」をアウトカム指標とし、地域連携・パスに関する指標が並ぶ。

総じて見れば、プロセス指標としては地域連携・パス使用率・多職種連携が採用され、アウトカム指標としては、在宅復帰率を採用している団体が多い傾向にある。ただし、これらは、リハビリテーション医療にかかる機能・過程・結果に特化し包括的に示した指標ではなく、各クオリティ・インディケーター全体の構成要素という位置づけである。

表Ⅱ-1 厚生労働省「医療の質の評価・公表等推進事業」実施団体のリハビリテーション関連指標一覧

リハビリ関連項目：太字    ピンク縦縞：急性期・リハ全般    黄色地：回復期・地域連携関連

日本病院会		全日本病院協会		国立病院機構		日本慢性期医療協会				
2015年度		2014年度		2014年度		2012年度				
一般病床 療養病床 精神病床				国立病院(n=54)		主として 回復期 療養型病院				
No.	指標分類	指標名	No.	指標分類	指標名	No.	指標分類	指標名		
27		回復期における入院後早期リハビリ実施患者割合	3	< 病院全体に関する指標 >	平均在院日数	5		急性回復期患者に対する早期リハビリテーション開始率		
			15	< がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病等の主な疾患に関する指標 >	急性回復期患者に対する早期リハビリテーション開始率	7		心大血管手術後の心臓リハビリテーション実施率		
			22		脳卒中地域連携バスの使用率	10		人工関節置換術後の早期リハビリテーションの実施率		
			23		脳卒中地域連携バスの使用率(転院先)			14	リハビリテーション	入院時のFIMの3か月後の改善率
			24		大腸骨地域連携バスの使用率			15		入院時のBIの3か月後の改善率
			25		大腸骨頸部骨折連携バスの使用率(転院先)			16		リハビリテーション提供率(1人1月あたり実施日数)
			30		他の病院・診療所の病棟からの転院率			17		リハビリテーション提供時間(1人1日あたり単位数)
			31		介護施設・福祉施設等への退院率(年代別/退院先別)			22	栄養	低栄養の改善率
			32		他の病院・診療所の病棟への転院率			23		経管栄養(中心静脈栄養・胃ろう・経鼻)から経口摂取可能になった患者率(1か月以内)
			33		自宅退院患者における在宅医療を受ける率			25	地域連携	急性期病院からの新規入院患者紹介率
								26		在宅系からの新規入院患者紹介率
								27		在宅復帰率

恩賜財団済生会		全日本民主医療機関連合会		労働者健康福祉機構		全国自治体病院協議会				
2014年度		2014年度		2014年度		2015年度				
DPC病院 DPC以外(診療所含む) 老人保健施設・特別養護老人ホーム		★:公開指標		労災病院		自治体管理医療機関 一般 精神				
No.	指標分類	指標名	No.	指標分類	指標名	No.	指標分類	指標名		
9		回復期リハビリテーション病棟退院患者の在宅復帰率	9	I. 病院全体・医療安全・感染管理	クリバス使用率	10	診療機能	回復期患者における早期リハビリテーション開始率		
15		人工関節置換手術後3日以内の早期リハビリテーション開始率	24	IV. 個別疾患	高齢者への認知機能スクリーニングの実施率	12		大腸骨置換手術患者の術後平均在院日数		
16		脳卒中地域連携バスの使用率	★25		リハビリテーション実施率	19	地域医療	紹介率		
17		大腸骨頸部骨折連携バスの使用率	★26		ケアカンファレンス実施割合	20		逆紹介率		
18		急性期病棟における退院調整の実施率	27		誤嚥性肺炎に対する嚥下評価・訓練実施割合			7		新入院患者紹介率
19		救急搬送患者における連携先への転院率	★28	V. 地域連携に関する指標	A) 紹介患者率、B) 逆紹介患者率			8		在宅復帰率
20		退院時共同指導の実施率	★29		回復期リハビリ病棟の在宅復帰率			11		地域医療機関サポート率
21		介護支援連携指導の実施率	30		退院時共同指導料算定率			16		クリニカルバス使用率(患者数)
22		急性心筋梗塞の早期リハビリ実施率						17		クリニカルバス使用率(日数)
31		脳卒中患者の平均在院日数						19		回復期入院1週間以内のリハビリ強度
37		急性回復期患者に対する入院後3日以内の早期リハビリテーション開始率						22		大腸骨地域連携バスの使用率



## 2. 日本医療機能評価機構 病院機能評価 リハビリテーション病院

病院機能評価事業は、1997年より続くサーベイヤーによる有償審査を経た受審（書類／訪問審査）・認定事業であり、公益財団法人 日本医療機能評価機構により運営されている。

2013年4月には、病院の機能特性に応じた評価方法改定が行われ、病院機能に基づく6区分のひとつとして、リハビリテーション病院が設定された。現評価構成では、プロセス評価に重点を置いた項目構成がなされている。本体審査において、「機能種別 リハビリテーション病院」を受審した病院を対象とし、より充実した回復期リハビリテーション機能を評価することを目的とした「付加機能評価（リハビリテーション病院（回復期）Ver.3.0）」がある。

同機構は、国際医療の質学会（International Society for Quality in Health Care: ISQua）が、医療の外部評価を行う世界各国の組織を対象に実施している International Accreditation Programme (IAP)を受審し、「項目認定」「組織認定」を取得している。

同機構の病院機能評価ガイドブックには、その意義について、「病院機能評価は、第三者の立場で、組織全体の運営管理および提供される医療について評価を行い、病院の位置付けや問題点を明らかにします。このことにより、病院の更なる改善活動を推進し、病院体制の一層の充実や医療の質の向上に寄与しています。」と記されている。

病院の機能の向上を目的とする評価であるため、「評価項目は組織としての医療機関の向上(structure)と過程(process)に集中しており、治療成績(outcome)の確認はしていない。」(安藤他、2010)とされる、

表Ⅱ-3 病院機能評価 「機能種別 リハビリテーション病院」 および「付加機能評価（リハビリテーション病院（回復期））Ver. 3.0」 の主評価項目および項目数

機能種別版項目評価	リハビリテーション病院<3rdG:Ver1.1>	項目数
1 患者中心の医療の推進	患者の意思を尊重した医療	6
	地域への情報発信と連携	3
	患者の安全確保に向けた取り組み	2
	医療関連感染制御に向けた取り組み	2
	継続的質改善のための取り組み	4
	療養環境の整備と利便性	4
2 良質な医療の実践1	診療・ケアにおける質と安全の確保	12
	チーム医療による診療・ケアの実践	23
3 良質な医療の実践2	良質な医療を構成する機能1	8
	良質な医療を構成する機能1	6
4 理念達成に向けた組織運営	病院組織の運営と管理者・幹部のリーダーシップ	5
	人事・労務管理	4
	教育・研修	4
	経営管理	3
	施設・設備管理	2
	病院の危機管理	3

付加機能評価	リハビリテーション機能(回復期) Ver.3.0	項目数
1 良質なリハビリテーションを提供するための組織運営	良質な リハビリテ ションを提供するための体制	3
	安全で質の高いリハビリテーションを実践するための取り組み	3
	質改善に向けた取り組み	3
	地域の医療機関等との連携 とリハビリテーションの	3
2 回復期リハビリテーションに関わる職員の専門性	回復期リハビリテーション病棟における 医師の専門性の発揮	4
	看護・介護職の専門性の発揮	4
	療法士の専門性の発揮	12
	社会福祉士の専門性の発揮	4
	関連職種の専門性の発揮	4
3 チーム医療による回復期リハビリテーション・ケアの実践	初期評価とリハビリテーション計画の立案	2
	専門職による回復期リハビリテーション・ケアの実施	2
	多職種による課題の共有と対応	2
	在宅復帰に向けた多職種による協働	2

### 3. 回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する実態調査

一般社団法人回復期リハビリテーション病棟協会（2012年設立）は、回復期リハビリテーション病院の人材育成のための研修会・研究大会・学術誌発行（KKCRS: Japanese Journal of Comprehensive Rehabilitation Science）、実態調査などを行っており、正会員病院は、約1080病院にのぼる。

同協議会会長（当時）の石川は、実態調査の構成をDonabedianの3分類により「回復期リハビリテーション病棟の質」として整理した上で（表Ⅱ-4）、「質の評価を充実するならば前述した3つの指標を適切に使用することが必要である。しかし、それには多くのデータ集積に基づく膨大な調査が必要となり、短期間では困難であろう。回リハ協では、毎年8～9月に詳細な実態調査を実施しているが、調査内容の充実と蓄積により、今後改めて質の評価法について提言したい」と述べている（石川、2010）。

同協会により毎年実施される実態調査は、主にストラクチャーに相当する病院概要・回復期リハ病棟概要調査票に加え、プロセス・アウトカムに相当する回復期リハビリテーション退院患者調査（1ヶ月間の全退院患者のデータを記入）、そして自由記載調査から構成されている（表Ⅱ-5）。

同調査は、あくまでも、期間を限定した「調査」という形態で、記入項目が110カ所以上にのぼり、施設基準や各退院患者カルテ・データを参照する必要がある点で、記入側の負担は少なくない。結果の一部の開示は、協力施設側の選択に基づき、同協会HPで公開されている。しかし、ストラクチャーに関わる施設基準等の専門用語は、利用する患者・家族にとっては、判りやすい表記とはいえない。また、具体的にどのようなリハビリテーション医療を提供しているのかというプロセスに関わる項目は、回復期リハビリテーションにおいて、例えば手術における術式・実施件数のような判りやすい指標を提供しにくいのが故に、チームアプローチ体制によるリハビリテーションの実施体制に多くが費やされている。さらに、多くの数値を集めているが、入退院時ADL（FIM/BI）の得点（利得）は記されているが、ADL改善率（利得/在院日数）などの算出結果は、同報告書においては、開示されていない。

表Ⅱ-4 回復期リハビリテーションの質 （石川、2010より引用）

構造指標	人員 リハビリテーション医の配置 適切な看護・介護職員の配置 適切な病棟専従のPT, OT, STの配置 社会福祉士等の配置 栄養士, 管理栄養士, 歯科衛生士等の配置
	構造 病棟の設備構造・備品
プロセス指標	チームアプローチ体制 看護・介護職員による充実した基本的ケア体制 PT, OT, STの365日間必要十分なりハビリテーション実施体制
アウトカム指標	急性疾患の病状安定化, 基礎疾患のコントロール 患者, 家族の心理的安定化（患者満足度） 発症から入院までの期間（早期受け入れ） 重度例の積極的受け入れ 機能障害, ADLの改善度 入院日数 在宅復帰率 退院1～3か月後の生活場所と状態

表Ⅱ-5 回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する実態調査（平成26年度版）の構成

調査票区分	調査項目名	下位項目
調査票A： 病院概要	病院名	1
	所在地	1
	経営主体	1
	併設施設（8施設形態より選択）	1
	病床数（6病床区分より記入 総数）	1
	人員配置（病院全体：8職種 医師：専門医・認定医内訳）	11
	リハビリテーション施設基準（6疾患区分 3段階） （集団コミュニケーション療法科算定有無）	2
	施設基準等 （地域包括ケア病棟入院料・管理科・経口摂取・ADL加算・医療機能評価認定）	5
	機能訓練室（㎡）	1
	給食業務形態	1
	電子カルテ化	1
	調査票B： 回復期リハビリテーション病棟概要	概要（病床数・利用率・平均在院日数・加算など）
当該病棟で業務を行うスタッフ数（職種別）		10
勤務体制（特定時間における勤務など）		4
リハビリテーション 単位数（個別単位・患者数・療法士数）		3
病室（各タイプ毎の病室数）		1
面談室・面接室・相談室など		2
調査票C： -自由記載		1
調査票D： 回復期リハビリテーション退院患者調査 （1ヶ月間の全退院患者のデータを記入）	年齢	1
	性別	1
	原因疾患 1-3	1
	発症日	1
	他院からの紹介有無 日付	1
	入棟日	1
	退棟日	1
	前入院機関	1
	退棟先	1
	自宅退院後のリハ予定	1
	地域連携診療計画の退院時指導料の算定有無	1
	入院時リハビリテーション総合計画評価料	
	入院時訪問指導加算の算定（入院7日以内）	1
	総訪問回数	1
	入棟中ケアマネジャー等との協業の有無	1
	摂食機能療法算定回数	1
	入棟期間中のリハの量 合計単位数	1
	日常生活機能評価点数合計点 入／退院時	2
	バーセル指数 合計点 入／退院時	2
	運動に関するFIM指数合計点 入／退院時	2
	認知に関するFIM指数合計点 入／退院時	2
	入棟時身長	1
	体重 入／退棟時	2
	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票におけるモニタリング及び処置等に係る項目「A項目」の有無	18
	「管」の挿入の有無	6
	入棟中の転倒	2

### Ⅲ. リハビリテーション医療をめぐる近年の動向

#### 1. 回復期許可病床数の推移と診療報酬への質の評価の導入

回復期リハビリテーション病棟は、2000年(平成12年度)に介護保険制度の施行と同時に創設された。その後届出病床数は増加をたどっており、「リハビリテーションに関連する診療報酬の総額は、近年、診療報酬全体の伸びを上回るペースで増加してきた」(図Ⅲ-1、2)。(平成28年度診療報酬改定に向けた中央社会保険医療協議会 総会(第316回)「個別事項(その5;リハビリテーション)について」より転載)。同資料によると、平成26年度の病院総病床数に占める回復期リハビリテーション病棟の割合は4.6%(71,890床)に達しており、月あたり診療報酬総額(平成14年を1とした割合)は、4.82倍になっている。

回復期リハビリテーション病床の充実とそれに伴う診療報酬総額の伸びに関連して、この間の主な診療報酬改定要点・加算基準を医療の質の評価という観点からみた指標の分類を表Ⅲ-1に示した。

平成20年度診療報酬改定に、回復期リハビリテーションにおける質の評価の試行的導入は始まる。回復期リハビリテーション入院料が2区分化され、入院料1の基準として、①新規入院患者のうち15%以上が重症患者、②在宅復帰率6割以上が要件とされた。また、重症患者回復病棟加算が、入院時重症患者の30%以上が日常生活機能評価で3点以上改善していることを要件として、新設された。

平成22年度診療報酬改定では、新たな質の評価の導入として、休日リハビリテーション提供加算が365日休みない同等のリハビリテーションの提供に対して新設され、リハビリテーション充実加算が1日平均6単位以上のリハビリテーション実施体制を評価して新設された。

これには、充実したリハビリテーションの取組に関するアウトカムが影響していると考えられる。すなわち、従来のリハビリテーション医療が長い在院日数を必要とする主たる理由として、治療時間の不足、入院期間中の患者・家族の能動性の不足、チームワークの不足が重要と考え、the Full-time Integrated Treatment(以下、FIT) programを開発・運用した。多量(毎日)で高密度(全日)のリハビリテーションを可能とする同システムでは、訓練は療法士のグループ編成により週7日実施され(複数担当制)、情報連携を密にし、患者・家族教育も小グループで行われる。同プログラム前後の比較研究において、FIT programが開始以前に行った従来のリハビリテーションプログラムより治療成績が良好であることが報告されている(Sonoda et al., 2004など)。

平成24年度診療報酬改定では、廃用症候群が、「リハビリテーションを要する状態であって、一定程度以上の基本動作能力、応用動作能力、言語聴覚能力の低下及び日常生活能力の低下を来している患者とは、脳性麻痺等に伴う先天性の発達障害等の患者であって、治療開始時のFIM115以下、BI85以下の状態等のものをいう。」(H001 脳血管疾患等リハビリテーション料)と定義され、診療報酬にADL評価の点数が記されることとなった。

平成26年度診療報酬改定では、「廃用症候群として脳血管疾患等リハ料を算定する場合は、廃用をもたらすに至った要因、臥床・活動性低下の期間、廃用の内容、介入による改善の可能性、改善に要する見込み期間、前回の評価からの改善や変化、廃用に陥る前のADLについて廃用症候群に係る評価票を用いて、月ごとに評価し、診療報酬明細書に添付する又は同様の情報を摘要欄に記載するとともに、その写しを診療録に添付することが明記された(図Ⅲ-3)。



そして、平成 28 年度改定では、FIM がアウトカム指標として用いられることとなった。これまでの診療報酬における質の評価は、主にプロセスに対する加算の要素が強く、アウトカム指標としては、在宅復帰率、日常生活機能評価だけであった。しかし、平成 28 年度改定では、「質の高いリハビリテーションの評価」として、FIM 運動項目によるアウトカム評価が導入されることとなった（図Ⅲ-4）。

「実績指数（「各患者の在棟中の ADL スコアの伸びの総和」を「各患者の（入棟から退棟までの日数）／（疾患毎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」で割ったもの）が 27 未満である場合」が、3 か月ごとの集計で 2 回連続した場合には、リハビリテーションの効果に係る実績が一定の水準に達しない場合、疾患別リハビリテーションは 6 単位まで出来高算定とし、6 単位を超えるリハビリテーションは入院料に包括化するという概要である。疾患毎の算定日数を付す（表Ⅲ-2）。

世界的に普及している ADL 評価尺度は、**バーセル指標(Birthel Index : BI)** と FIM である。日本では、以前は、バーセル指数の方が利用度が高かった(Mahoney, Batthel, 1965)。バーセル指数は、ADL の 10 項目（食事 移乗 整容 トイレ動作 入浴 移動 階段昇降 更衣 排便自制 排尿自制）をそれぞれ自立、部分介助、全介助など 2 - 4 段階で評価し、100 点が完全自立となる。「できる ADL」の評価であり、理解しやすく簡単に使用できるが、詳細な変化を捉えにくい。

「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（平成 28 年度）」にみる BI と FIM の退院患者票における回答患者人数をみると、2008 年度に FIM での回答患者人数がバーセル指数を上回り、2015 年度調査では、FIM での回答患者人数はバーセル指数の 3 倍近くに達している（図Ⅲ-5：グラフはデータ（同報告書 P167, 169(表 D-63, 65) より作成)）。

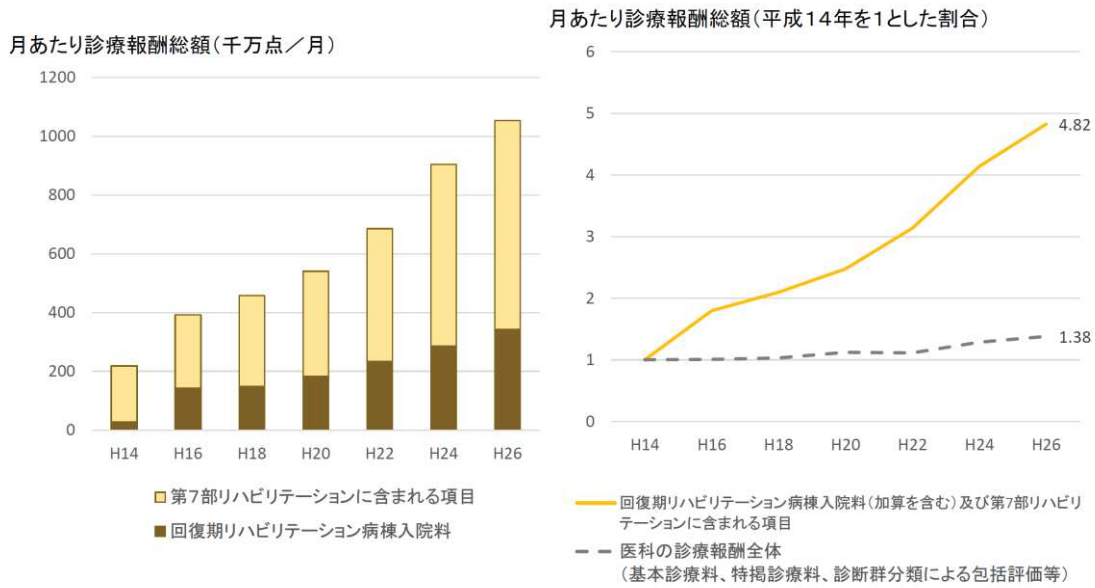
FIM は、世界的に最も広く用いられている ADL 評価指標である。FIM は、運動項目 13 項目と認知項目 5 項目の計 18 項目から構成され、採点基準は 7 段階である。「している ADL」の評価であり、信頼性・妥当性に優れている（図Ⅲ-6）。近年、ADL 評価法 FIM 講習会が全国各地域にまたがる 8 組織で定期的に実施されるようになってきたことなどもあり、ADL 評価法として多くのリハビリテーション施設で利用されることとなった。なお、東京都および関東近県を対象として講習会を実施している組織は、慶應義塾大学リハビリテーション医学教室、NPO 法人東京多摩リハビリ・ネット・杏林大学医学部リハビリテーション医学教室（共催）である。

ただし、FIM に関しては、米国では、UDS(Uniform Data System)と呼ばれる「医学的リハビリテーションのための統一データシステム」が世界最大規模のデータベースを運営している。「FIM の経済的な利用には Ver. 4(1994 年)以降、UDS による知的財産権がかけられている（学術目的の利用については何ら問題ない）」（千野他、2012）。今回の診療報酬改定における FIM を用いたアウトカム評価がどのような位置付けでの利用であるかについて、厚生労働省からの見解はまだ明らかではない。

また、米国では、メディケア・メディケイドサービスセンター（CMS）より、FIM の適切な採点原則や採点表等を含めた IRF-PAI Training Manual（入院リハビリテーション施設の（医療費）支払トレーニングマニュアル）が公開されている。今後、日本において、FIM を採点する評価者＝医療従事者側が、診療適正に科学的評価ツールとして FIM を日常臨床で用いていくためには、一層十分な教育体制とその支援システムの整備が必要であろう。

## リハビリテーション関連の診療報酬の動向

- リハビリテーションに関する診療報酬の総額は、近年、診療報酬全体の伸びを上回るペースで増加してきた。



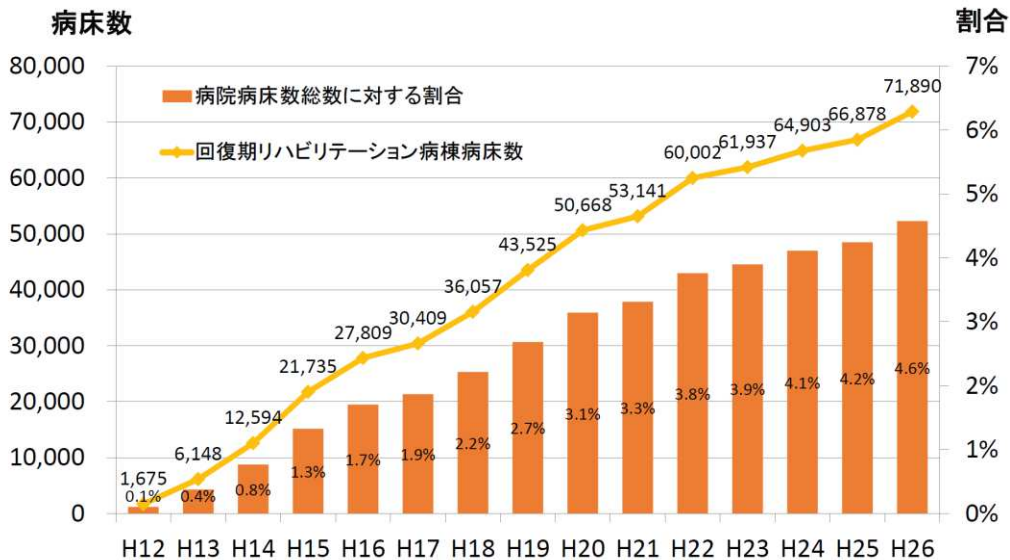
出典: 社会医療診療行為別調査 3

図Ⅲ-1 回復期リハビリテーション関連の診療報酬の動向 (厚労省資料より)

## 回復期リハビリテーション病棟の病床数

中医協 総-3  
27.3.4改

- 回復期リハビリテーション病棟の病床数は、直近10年で2.5倍以上に増加している。



出典: 平成12-26年7月1日現在 施設基準届出状況  
平成12-26年医療施設(動態)調査・病院報告(毎年6月末 病院病床数)

4

図Ⅲ-2 回復期リハビリテーション病棟届出数の推移 (厚労省資料より)

表Ⅲ－１ 回復期リハビリテーション関連の診療報酬改定要点・加算基準を医療の質の評価という観点からみた指標の分類（厚生労働省HP診療報酬改定資料等より作成）

年度	回復期リハ診療報酬改定の要点 (リハビリテーション全般の関連事項)	回復期リハビリテーションに対する加算	点数	単位	構造 ストラク チャー	過程 プロセス	結果 アウトカム
H12	2000 介護保険制度施行 回復期リハビリテーション病棟入院科創設						
H14	2002 簡単・複雑⇒個別・集団(1単位20分) (リハビリテーション実施計画書義務化) (医療療養リハ集団療法包括化)	病棟ADL加算 多職種で取り組む病棟でのADL訓練を評価	30	1日	○	○	
H18	2006 疾患別リハビリテーション施設基準 算定日数上限設定						
H20	2008 質の評価の試行的導入 回復期病棟入院料が2区分化	回復期リハビリテーション入院料1 基準 ①新規入院患者のうち15%以上が重症患者 ②在宅復帰率6割以上		1日		○	○
		重症患者回復病棟加算 入院時重症患者の30%以上が日常生活機能評価で3点以上改善	50	1日		○	○
H22	2010 新たな質の評価の導入	休日リハビリテーション提供加算 365日休みなし同等のリハビリテーションの提供を評価	60	1日	○	○	
		リハビリテーション充実加算 1日平均6単位以上のリハビリテーション実施体制を評価	40	1日	○	○	
H24	2012 回復期病棟入院料が3区分化 (ADL維持向上等体制加算(急性期)) (廃用症候群:治療開始時において, FIM 115以下、BI 85 以下と明示)	疾患別リハ初期加算 開始日～14日以内 リハ科常勤医師勤務している場合	45	単位	○	○	
H26	2014 (地域包括ケア病棟入院料を新設) (経口摂取回復促進加算新設) (認知症患者リハ料新設) (廃用症候群に対するリハ見直し) (廃用症候群に係る評価票へのFIM/BI記載)	体制強化加算1 専従の常勤医師2名以上及び専従の常勤社会福祉士1名以上が配置 他基準あり	200	1日	○	○	
		入院時訪問指導加算	150	1回		○	
H28	2016 アウトカムに関わる質の評価の導入 (廃用症候群リハビリテーション料の新設)	アウトカム評価の導入 リハビリテーションの実績が一定の水準に達しない保険医療機関については、1日に6単位を超えて提供される疾患別リハビリテーション料を、回復期リハビリテーション病棟入院料に包括する					○
		体制強化加算2 専従医師が病棟外業務を行う場合	120	1日	○	○	
		疾患別リハ初期加算・早期加算の見直し 対象・起算日	45 30	1日	○	○	
参) 現入院料基準		1.回復期リハビリテーション病棟入院料1 (生活療養を受ける場合)	2,025	1日			
		2..回復期リハビリテーション病棟入院料2 (生活療養を受ける場合)	1,811	1日			
		3.回復期リハビリテーション病棟入院料3 (生活療養を受ける場合)	1,657	1日			
			1,642	1日			



(別紙様式22)

廃用症候群に係る評価票

患者氏名	男・女	入院	外来
生年月日	年 月 日 ( 歳 )	入院日	年 月 日
主病名	リハビリテーション	リハビリテーション	年 月 日
要介護度	要介護・要支援	要介護	要支援

算定しているリハビリテーション料 (該当するものに○)

脳血管疾患等リハビリテーション料 I、II、III

心臓血管疾患リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料、呼吸器リハビリテーション料、障害児(者)リハビリテーション料、がん患者リハビリテーション料の対象とならない理由

2 費用をたらすに至った要因 (疾病コード)

手術の有無 有・無

3 手術名

手術年月日

治療開始時のADL

BI	点	FIM	点
月	BI	点	FIM
月	BI	点	FIM
月	BI	点	FIM
月	BI	点	FIM
月	BI	点	FIM
月	BI	点	FIM
月	BI	点	FIM

4 月毎の評価点数 (BI又はFIMどちらかを記入)

5 一月当たりのリハビリテーション

実施日数

提供単位数

6 リハビリテーションの内容

7 改善に要する見込み期間

□ 2週間以内 □ 2週間から1ヶ月 □ 1ヶ月から3ヶ月 □ 3ヶ月から6ヶ月 □ 6ヶ月以上

8 前回の評価からの改善や変化

BI・FIMで( )点程度の改善

【記載上の注意】

1 「2」の要因については、原因疾患等について、別紙疾病分類表より疾病コードを記載すること。

2 「4」の月毎の評価点数については、直近月からさかのぼり6ヶ月間記載すること。

3 「6」については、筋力、心機能、関節拘縮防止、作業療法等の具体的なリハビリテーションの内容について記載すること。

疾病コード (001~119) 疾病分類 (ICD-10 第10版 2003年 に準拠)

疾病コードと疾病分類の対応表

001 腸管感染症	041 屈折及び脱臼の障害	084 その他の消化器系の疾患
002 結核	042 その他の眼及び視覚の疾患	085 皮膚及び皮下組織の疾患
003 エルシで性伝染病様式をも感染病	043 外耳炎	086 皮膚炎及び痒疹
004 遺伝性及び後天性の免疫不全性免疫不全	044 その他の外耳疾患	087 その他の皮膚炎及び皮下組織の疾患
005 ウイルス肝炎	045 中耳炎	088 炎症性多発性関節障害
006 その他のウイルス疾患	046 その他の中耳及び乳突炎の疾患	089 関節症
007 真菌症	047 メニエール病	090 骨粗鬆症 (骨質症を含む)
008 感染症及び寄生虫の感染・後遺症	048 その他の内耳疾患	091 椎間板障害
009 その他の感染症及び寄生虫	049 その他の耳疾患	092 腰痛症
010 胃の悪性新生物	050 高血圧性疾患	093 膝疾患及び坐骨神経痛
011 結腸の悪性新生物	051 虚血性心疾患	094 その他の骨性障害
012 直腸肛門結腸移行部直腸の悪性新生物	052 その他の心疾患	095 肩の傷害<損傷>
013 肝及び胆内臓等の悪性新生物	053 <心臓下>出血	096 骨の密度及び構造の障害
014 気管・気管支及び肺の悪性新生物	054 脳内出血	097 その他の骨髄炎及び骨髄腫の疾患
015 乳房の悪性新生物	055 脳梗塞	098 腎臓生体腎臓系の疾患
016 子宮の悪性新生物	056 脳動脈硬化(症)	099 腎不全
017 悪性リンパ腫	057 その他の脳血管疾患	100 尿路結石(症)
018 白血病	058 動脈硬化(症)	101 その他の腎臓系の疾患
019 その他の悪性新生物	059 痔核	102 前立腺肥大(症)
020 良性新生物及びその他の新生物	060 低血圧(症)	103 その他の男性生殖系の疾患
021 血液	061 その他の循環器系の疾患	104 月経障害及び閉経期周辺障害
022 急性心筋梗塞(心筋梗塞)	062 急性心筋梗塞(心筋梗塞)	105 乳癌及びその他の女性生殖系の疾患
023 急性心筋梗塞(心筋梗塞)	063 急性心筋炎及び急性心臓病	106 気管
024 慢性心筋炎	064 その他の急性上気道感染症	107 気管支炎
025 その他の心疾患	065 肺炎	108 喉頭自然脱落
026 急性気管支炎及び慢性気管支炎	066 アレルギー性鼻炎	109 その他の気管炎、気管炎及び気管炎
027 慢性気管支炎及び慢性気管支炎	067 慢性鼻炎	110 気管炎及び気管炎に関連する障害
028 気管(支)狭窄(狭窄)	068 慢性副鼻腔炎	111 その他の気管炎に関連した疾患
029 気管(支)狭窄(狭窄)	069 急性又は慢性と認められない気管支炎	112 心臓の先天性疾患
030 肺動脈狭窄(狭窄)	070 慢性閉塞性肺疾患	113 その他の先天性疾患
031 知的障害<精神遅滞>	071 喘息	114 急性気管炎及び急性気管炎
032 その他の精神及び行動の障害	072 その他の呼吸器系の疾患	115 急性気管炎及び急性気管炎
033 精神遅滞(知的障害)	073 う換	116 慢性気管炎及び慢性気管炎
034 アルツハイマー病	074 歯肉炎及び歯周炎	117 慢性気管炎及び慢性気管炎
035 てんかん	075 その他の歯及び歯肉の炎症性疾患	118 歯肉炎及び歯周炎
036 脳性麻痺及びその他の脳性麻痺	076 歯肉炎及び歯肉の炎症性疾患	119 その他の歯肉炎及び歯肉の炎症性疾患
037 自律神経系の障害	077 腎炎及び十二指腸炎	
038 その他の神経系の疾患	078 アルコール性肝疾患	
039 脳膜炎	079 慢性肝炎(アルコール性のものを除く)	
040 白内障	080 新生物(アルコール性のものを除く)	
	081 その他の肝疾患	
	082 胆石症及び胆のう炎	
	083 胆疾患	

図Ⅲ-3 平成26年度診療報酬改定 廃用症候群に係る評価票(様式22)

平成28年度診療報酬改定

## 質の高いリハビリテーションの評価等

### 回復期リハビリテーション病棟におけるアウトカムの評価

▶ 回復期リハビリテーション病棟において、アウトカムの評価を行い、一定の水準に達しない保険医療機関については、疾患別リハビリテーション料の評価を見直す。

現行	改定後
患者1人1日あたり、疾患別リハビリテーションは9単位まで出来高算定	リハビリテーションの効果に係る実績が一定の水準に達しない場合、疾患別リハビリテーションは6単位まで出来高算定(6単位を超えるリハビリテーションは入院料に包括(※))
	※急性疾患の発症後60日以内のものを除く

回復期リハビリテーション病棟におけるリハビリテーション料の一部が包括される場合

回復期リハビリテーション病棟におけるリハビリテーションについて、

①提供実績を相当程度有し、②効果に係る相当程度の実績が認められない場合が、3か月ごとの集計で2回連続した場合。

注)

- ①は過去6か月間に退棟した患者の数が10名以上で、入院患者に対して提供されたリハビリテーション単位数が1日平均6単位以上である状態をいう。
- ②は、実績指数(「各患者の在棟中のADLスコアの伸びの総和」を「各患者の(入棟から退棟までの日数)÷(疾患毎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」で割ったもの)が27未満である場合をいう。
- ②におけるADLスコアの評価については、FIM(Functional Independence Measure)の運動項目(91点満点)を用いる。
- ②の算出においては、ADLが高いもの(FIM運動項目76点以上)、低いもの(FIM運動項目20点以下)、高齢者(80歳以上)、認知機能の障害が大きいもの(FIM認知項目24点以下)を入棟患者の3割を超えない範囲で、また高次脳機能障害の患者(入棟患者の4割以上を占める保険医療機関に限る)を全て計算対象から除外できる。

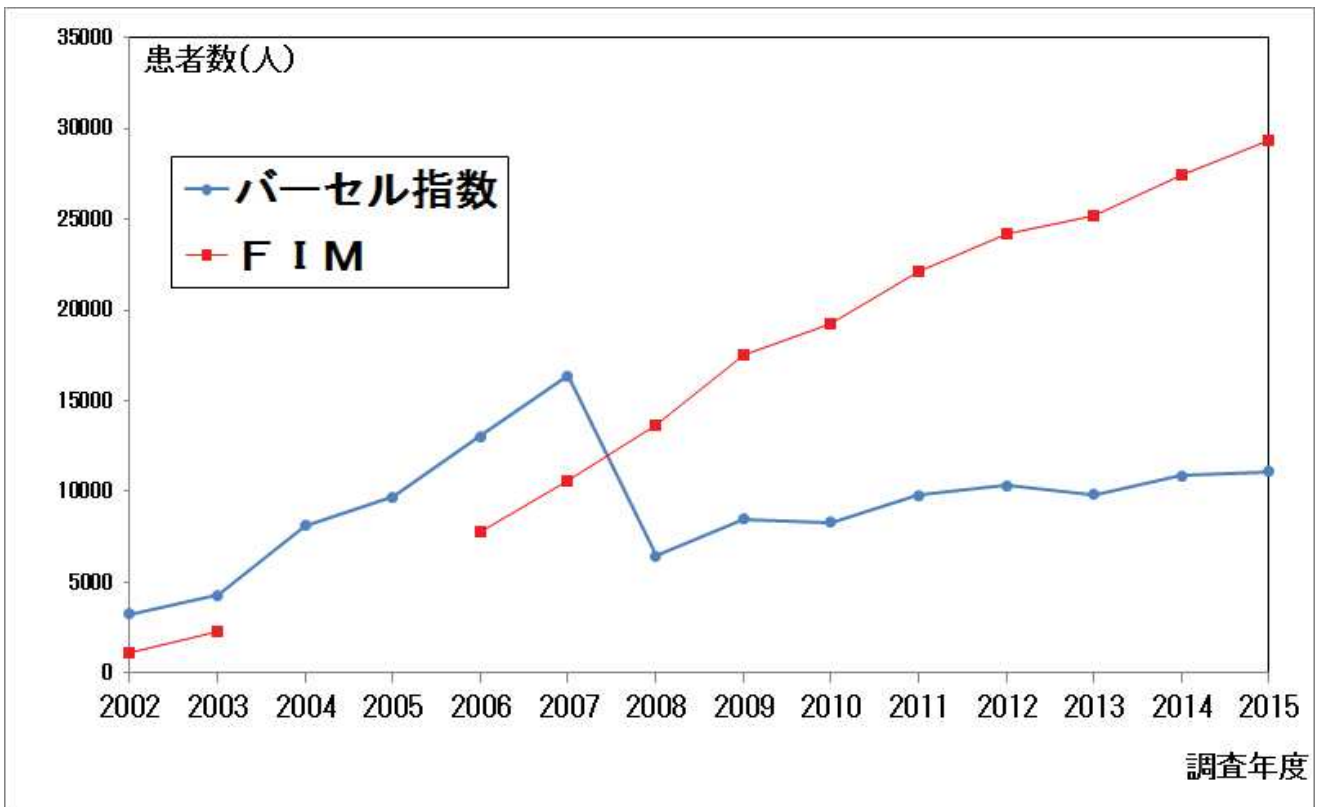
【経過措置】  
平成28年4月1日以降の入院患者を実績評価の対象とし、平成29年1月1日から実施。

18

図Ⅲ-4 平成28年度診療報酬改定 回復期リハビリテーション病棟におけるアウトカムの評価  
厚生労働省 平成28年度診療報酬改定説明会(平成28年3月4日開催)資料等について より

表Ⅲ-2 回復期リハビリテーション病棟の算定疾患

回復期リハビリテーション病棟対象疾患	発症から入院	入院期間
脳血管疾患、脊髄損傷、頭部外傷、くも膜下出血のシャント手術後、脳腫瘍、脳炎、急性脳症、脊髄炎、多発性神経炎、多発性硬化症、腕神経叢損傷等の発症後若しくは手術後の状態、義肢装着訓練を要する状態	2ヶ月以内	150日
高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害、重度の頸髄損傷及び頭部外傷を含む多部位外傷	2ヶ月以内	180日
大腿骨、骨盤、脊椎、股関節若しくは膝関節の骨折又は2肢以上の多発骨折の発症後又は手術後	2ヶ月以内	90日
外科手術又は肺炎等の治療時の安静により廃用症候群を有しており、手術後又は発症後	2ヶ月以内	90日
大腿骨、骨盤、脊椎、股関節又は膝関節の神経、筋又は靭帯損傷後	1ヶ月以内	60日



図Ⅲ-5 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（平成28年度）にみるバーセル指数とFIMの退院患者票回答患者人数（退院時データ使用、FIM：2004、2005年度はデータなし）

## 付録3 FIMの評価表

大項目	中項目	小項目	年月日	
1. 運動項目	1) セルフケア	① 食事		
		② 整容		
		③ 清拭 (入浴)		
		④ 更衣 (上半身)		
		⑤ 更衣 (下半身)		
		⑥ トイレ動作		
	2) 排泄コントロール	⑦ 排尿管理		
		⑧ 排便管理		
	3) 移 乗	⑨ ベッド・椅子・車椅子		
		⑩ トイレ		
		⑪ 浴槽・シャワー (浴槽かシャワーか)	( <input type="checkbox"/> 浴 <input type="checkbox"/> シ)	( <input type="checkbox"/> 浴 <input type="checkbox"/> シ)
	4) 移 動	⑫ 歩行・車椅子 (主な移動手段)	歩= 車= ( <input type="checkbox"/> 歩 <input type="checkbox"/> 車)	歩= 車= ( <input type="checkbox"/> 歩 <input type="checkbox"/> 車)
		⑬ 階段		
2. 認知項目	5) コミュニケーション	⑭ 理解*		
		⑮ 表出*		
	6) 社会的認知	⑯ 社会的交流		
		⑰ 問題解決		
		⑱ 記憶		
		合計点		

\*⑭の (聴覚 視覚), ⑮の (音声 非音声) は省略した

得 点	運動項目	認知項目
7	自立	自立
6	修正自立 (用具の使用, 安全性の配慮, 時間がかかる)	軽度の困難, または補助具の使用
5	監視・準備	90%以上している
4	75%以上, 100%未満している	75%以上, 90%未満している
3	50%以上, 75%未満している	50%以上, 75%未満している
2	25%以上, 50%未満している	25%以上, 50%未満している
1	25%未満しかしていない	25%未満しかしていない

図Ⅲ-5 機能的自立度評価法 FIM ver. 3

(千野直一他編著: 脳卒中の機能評価 SIASとFIM [基礎編]. 金原出版, 2012より, 許可を得て転載)



## 2. リハビリテーションの近年の動向

リハビリテーション医療の近年の動向をみるため、定評ある総説書である「現代リハビリテーション医学」(金原出版)の第1版(1999年)以降、目次で新設された記述項目を記した(表Ⅲ-2)。「ボツリヌス毒素」「回復期リハビリテーションチーム」「がんのリハビリテーション」といった用語が第2版(2004年)では登場している。第3版(2009)では、「栄養管理」「ADL評価の活用法」「経頭蓋磁気刺激による治療」「筋肉のアンチエイジング」「認知症」「褥瘡」「対策チーム」「地域医療連携」「再生医療」など、リハビリテーション医療の発展を反映したキーワードが見いだされている。

表Ⅲ-2 「現代リハビリテーション医学」目次新設項目にみるリハビリテーション医療の発展

1版	2版	3版
1999	2004	2009
	生活機能評価	アジア諸国でのリハビリ関連学会
	DSA	DTI NIRS
	ボツリヌス毒素の基礎事項	嚥下障害の治療> 栄養管理
	ボツリヌス毒素による痙性斜頸の治療	ADL評価の活用法
	スポーツのための義肢	ADL評価と順序尺度
	回復期リハビリテーションチームの適応	FIM採点支援ツールとFIM短縮版
	がんのリハビリテーションの実際	経頭蓋磁気刺激による治療
		筋肉のアンチエイジングに関する最近の知見 (痴呆⇒) 認知症
		認知症> 診断・疫学・薬物療法
		褥瘡> 分類・対策チーム・アセスメント
		地域医療連携
		再生医療とリハビリテーション医学

リハビリテーション医療における技術の進歩について、椿原(2008)は、「能力障害に対する治療に偏重していた時代から、機能障害への新しい治療法の試みへと変革を遂げている」として、以下のように疾患別の新しい治療技術を紹介している。「脳卒中では治療的電気刺激やCI療法、経頭蓋的磁気刺激、直流刺激、吊り上げ式トレッドミル訓練、ロボット型歩行訓練機、インテリジェント短下肢装具などの新しい治療法が試みられている。脊髄損傷では、機能的電気刺激やPrime Walk 内側股継手を取り入れられた。切断者には、インテリジェント膝継手やC-leg、シリコン製の内ソケットの利用が増えている。」

これらのうち、治療に対する診療報酬、ないし補装具給付が認められている技術は、まだ多くはない。

総じて、新しい機器を用いた治療・検査が報酬・給付対象となるのに、開発製品化から通常5-10年程度を要している。

機能低下に対する機能改善・回復治療として、従来の運動療法等だけでなく、新しい概念の物理療法機器、薬物療法、義肢装具等が臨床的に用いられるようになってきている。以下に、主な治療法・治療技術につき、脳卒中ガイドライン2015等を参照し概説する。

**CI療法** (constraint-induced movement therapy) : 「麻痺が軽度の患者に対して適応を選べば、非麻痺側上肢を抑制し、生活の中で麻痺側上肢を強制使用させる治療法が強く勧められる (グレードA)。」ただし、原法による1日6時間の訓練は保険適応上困難がある。

**機能的電気刺激** (functional electrical stimulation; FES) : 電気刺激療法には治療的電気刺激 (therapeutic electrical stimulation: TES) と機能的電気刺激がある。治療的電気刺激は、廃用筋の筋力増強、脱神経刺激、痙性の抑制、末梢循環改善などを目的として行われる。機能的電気刺激は、身体機能を生み出し補う方法であり、上位運動ニューロンの障害に対して治療がなされる。侵襲性の低い表面電極を用いた FES リハビリテーション機器の開発製品化は近年発展している。「中程度の麻痺筋 (手関節背屈筋、手指伸筋) には電気刺激の使用が勧められる (グレードB)」、「慢性期で下垂足がある患者には FES が勧められるが効果持続時間は短い (グレードB)」などの記載がガイドライン 2015 にはみられる。ただし、新機能を有した機器を用いた治療も従来の物理療法の診療報酬体系 (J119 消炎鎮痛等処置) に含まれ、疾患別リハビリテーション料内で実施している施設が少なくない。

**経頭蓋磁気刺激** (transcranial magnetic stimulation: TMS) は、パルス誘導電流により脳を経皮的に興奮させる電極を用いない電気刺激であり、規則正しく反復される経頭蓋磁気刺激 (rTMS) が治療的に用いられる。「経頭蓋磁気刺激や経頭蓋直流電気刺激は考慮してもよいが、患者の選択、安全面に注意を要する (グレードC)」とされる。中枢神経磁気刺激による誘発筋電図 (D239) という検査目的以外の算定は承認されていない。

**ロボットリハビリ機器** は、ロボット産業推進の動向もあり、国内大手企業も参入しての開発が進みつつあるが、その治療効果、そして薬事承認を含む医療機器としての位置付けにおいて、十分なコンセンサスはまだ今後の課題である。2015年のガイドラインでは、「歩行補助ロボットを用いた歩行訓練は発症3ヶ月以内の歩行不能例に勧められる (グレードB)」とされた。さらに、これらの機器は、「扱う側がその機能を生かすノウハウを十分に持ち合わせていないことも多い。また、ロボットは、マンパワーの省略化をもたらすが、ロボット自身が効果であるため、コストを十分に考慮に入れる必要がある」(和田、2015) と考えられる。

**ボツリヌス治療** は、痙性斜頸や脳性麻痺の適応に続き、2010年に上下肢痙縮に対して承認された。脳卒中等に起因する痙縮筋に対し、**BTX-A (Botulinum Toxin A) 製剤** を注入する低侵襲治療であり、神経筋接合部に製剤が作用してアセチルコリンの放出を抑制し、通常3-4か月の間、筋を弛緩させる効果が得られる。「上下肢の痙縮に対しボツリヌス治療が強く勧められる (グレードA)」とされ、優れた効果をもたらす治療法である。投与後の FES やリハビリ機器等との併用により継続的な効果も期待できる (石濱、2014)。ただし、適応範囲には課題もある。「痙縮が強く障害となっているばあいにはボツリヌス療法を早期から施行できるようにすることが重要である。ボツリヌス治療は、治療技術であるが、現在痙縮が問題となり始める回復期では保険医療の関連からボツリヌス療法はおこなわれにくい。それゆえに退院後の、自宅での生活期・維持期・慢性期でボツリヌス療法はおこなわれることとなるが、その時には医療保険ではリハビリは施行できず、介護保険でおこなうこととなる。そのため介護保険を利用しないばあいには医療保険でのリハビリがおこなえるが、そのかわり介護保険でのデイケア、訪問リハビリなどはできないこととなってしまふこととなりかねず、患者・家族は困ることとなる。」(正門、2013)

といった状況も生じている。日本リハビリテーション医学会は、「回復期リハ病棟におけるボツリヌス毒素製剤の包括外化」を要望しているが、まだ承認されていない。

下肢装具については、「脳卒中片麻痺で内反尖足がある患者に、歩行改善のために短下肢装具を用いることが勧められる（グレードB）」とされ、足関節背屈の補助・底屈制動等の機能を有した**多機能足継手**を持つ製品も増えている（狩野，2012）。膝折れをセンシングして防止し安定性を高める制御型下肢装具である C-Brace など海外では用いられている（Schmalz et al, 2016）。マイコン制御機能により装着者の歩行速度を検知して、下腿部が振り出される速度等を自動的にコントロールする制御機能を有した**インテリジェント膝継手**を有した義足も登場してきている（奥田，2011）。

機能喪失に対する機能再建・再生治療としては、既に普及している変形性股・膝関節症、大腿骨骨折等に対する人工関節術のほかに、以下の新しい治療が推進されつつある。

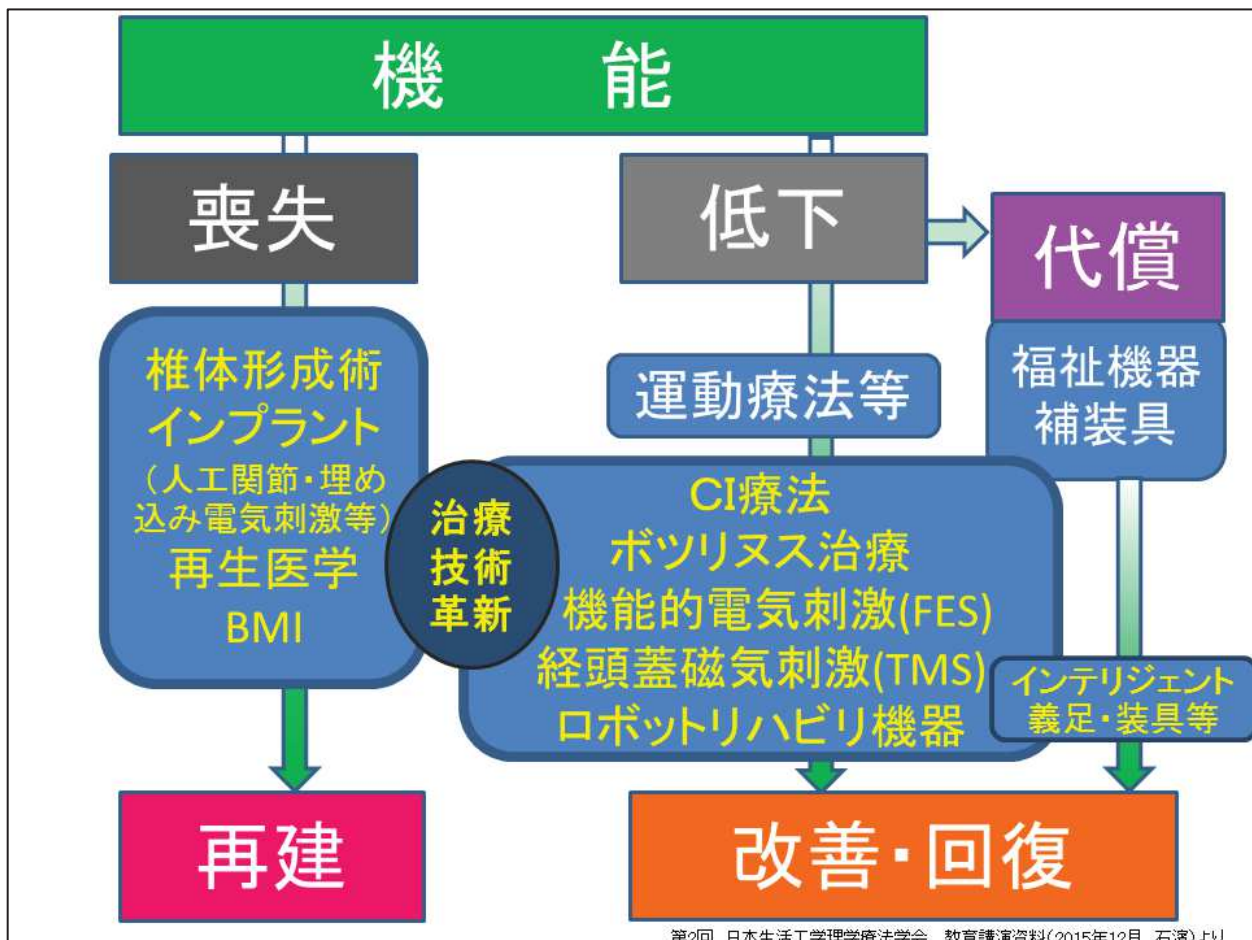
**経皮的椎体形成術（Balloon Kyphoplasty: BKP）**は、2011年に保存療法で改善が得られない脊椎圧迫骨折に対し承認されている。同治療は、圧潰した椎体内に挿入したバルーンを膨らませ椎体を修復してから骨セメントで固める治療であり、「保存療法との比較で疼痛改善が術後1年あるいは2年まで認められ」「骨折椎体の修復という点では優れる」とされる（骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン、2015）。従来、腰椎圧迫骨折後廃用症候群などと診断され、リハビリテーションに難渋することが多かった患者の在院日数短縮や早期 ADL 向上が期待できる。

**生体内埋め込み型電気刺激**により脳卒中者において歩行時の足関節背屈を補助する試みも行われ、日常的歩行が可能になるなど、著しい歩容改善がはかられるようになってきている（Burridge et al, 2007）。

**再生医学**の発展は著しい。iPS細胞による山中教授のノーベル賞受賞後、「再生医療等の安全性の確保等に関する法律」が2014年に制定され、臨床利用への法的基盤が整備された。研究開発支援も、各関係省庁のみでは国立研究開発法人日本医療研究開発機構（AMED）において、再生医療研究課が設立された。再生医学は、NPO法人日本せきずい基金や全国パーキンソン病友の会など当事者が中心となる団体から期待・支援されている点に特徴がある。四肢不全麻痺を来した脊損動物（marmoset monkey）に iPS 細胞を移植して歩行、四肢の随意性を再獲得している（Kobayashi et al, 2012）。脊髄の損傷部における軸索再生阻害因子 semaphorin3A の阻害剤を投与したラットでは、軸索再生促進が認められる。さらに、treadmill 訓練を併用することにより、足関節の extensor などの運動機能の更なる改善促進傾向が認められ、体重を支えた条件下での歩行が可能となったが、投与単独群で認められなかったことが報告されている（Zhang L et al., 2014）。現在、臨床実用化へ向け、ヒト幹細胞バンクに関する研究などが進みつつある（ishiyama Y et al., 2016）が、再生医療の実用化においてリハビリテーションが重要な役割を果す可能性が示唆されている。**ブレイン・マシン・インターフェース（Brain-machine interface: BMI）**は、「脳と機械とのインターフェース」という定義以上には、解釈の幅が広い概念である（長谷川、2008）。リハビリテーションの側面からは機能代償による機能再建という位置づけになるであろう。四肢麻痺頸髄損傷者において、脳波信号等の神経活動によりロボットアームの制御が可能となったピッツバーグ大グループの研究などが象徴的である（Collinger et al, 2013）

以上に記したリハビリテーション医療における新しい治療技術の要旨を、今後実用化が期待される技術革新も含め、下図に示した。





第2回 日本生活工理学療法学会 教育講演資料(2015年12月 石濱)より

図Ⅲ-7 リハビリテーション医療における新しい治療技術

EBMに基づく医学の発展には、検査・診断機器と治療機器の双方の発展、とりわけ基盤となる検査・診断技術の進歩が重要である。現在診療報酬化されているリハビリテーション評価と関連のある主な検査等を表Ⅲ-3に示した。前述の報酬包括化や検査備品の充足度等の理由により、これらの諸検査が、回復期リハビリテーション病棟において、必要な方に十分に実施され、治療内容の選択や治療効果の判定等に活用されているかどうかに関しては、施設・職種・経営方針等により、格差があることが予想される。

リハビリテーション医療の質の評価は、対象疾患・症状が多岐にわたり、治療/回復期間が長期に及びること、症状の定量的評価手法に未確立の部分があることもあり難しい。例えば、脳卒中・脊髄損傷等にもみられる中枢神経障害の主症状である痙縮(Spasticity)においても、筋電図等の神経生理学的技術・機器の進歩をもってしても定量的評価技術が確立しているとは言い難い。近年の最大の医学的発展のひとつである再生医療にしても、その実用化にあたり、今後、治療効果を検証するための評価手法の確立が必要となる。新たな生体工学的手法による定量的評価技術(Chino, et al 2015)の発展等を期待したい。医療の質、とりわけ治療技術・実践の評価においては、身体機能改善指標の確立が必要である。医療の質の評価を、身体機能の回復=治癒をもたらす恩恵のひとつとしての日常生活動作能力=A DL改善のみに帰結・収束させてしまうことは、因果関係の科学的検証における偏りや推論の飛躍になりかねない。

表Ⅲ-3 リハビリテーション評価と関連のある主な検査等  
(疾患名診断のための画像診断・血液検査等を除く)

<b>リハビリテーション評価と関連のある主な検査等</b>
D 2 0 0 スパイログラフィー等検査
D 2 0 9 負荷心電図検査
D 2 1 1 トレッドミルによる負荷心肺機能検査、 サイクルエルゴメーターによる心肺機能検査
D 2 1 5 超音波検査（記録に要する費用を含む。）
D 2 1 7 骨塩定量検査
D 2 3 5 脳波検査（過呼吸、光及び音刺激による負荷検査を含む。）
D 2 3 6 脳誘発電位検査（脳波検査を含む。）
D 2 3 6－2 光トポグラフィー
D 2 3 9 筋電図検査
D 2 5 0 平衡機能検査
D 2 5 1 音声言語医学的検査
D 2 4 4 自覚的聴力検査
D 2 8 3 発達及び知能検査
D 2 8 4 人格検査
D 2 8 5 認知機能検査その他の心理検査
D 2 9 4 ラジオアイソトープ検査判断料
D 2 9 8－2 内視鏡下嚥下機能検査
E 0 0 3 造影剤注入手技（7 嚥下造影・透視診断・撮影）

チーム・アプローチも近年の回復期リハビリテーション施設においても盛んになり、摂食嚥下、栄養、褥瘡予防、装具、シーティングなどにチームで取り組む施設も増え、専門職の職能団体による講習会・学術集会のみならず、多職種でのチーム・アプローチに関わる学術団体等も増えている。(表Ⅲ-4)。

診療報酬においても、例えば、平成 26 年度改定における胃瘻造設術の減算（10070 点⇒6070 点）と胃瘻造設時嚥下機能評価加算（2500 点）の新設、摂食機能療法（1 日 185 点）算定患者のうち、鼻腔栄養又は胃瘻実施患者に対する経口摂取回復促進加算（185 点）栄養サポートチーム加算（週 1 回 200 点）、平成 14 年改定に始まる入院基本料からの褥瘡対策未実施減算（1 日 5 点）、褥瘡ハイリスク患者ケア加算（入院中 1 回 500 点）など、チーム・アプローチを推進する改定が進んでいる。ただし、装具・シーティングなどの取り組みに関しては、診療報酬化への要望はあるが改定には及んでいない。



表Ⅲ-4 多職種でのチーム・アプローチに関わる事業を推進している主な団体

団体名	設立年度	会員数	主な事業
一般社団法人 日本摂食嚥下リハビリテーション学会	1994	約11,000人	学術集会・学会誌・学会認定士・セミナー・e-ラーニング
NPO 法人 口から食べる幸せを守る会	2013	約300人	全国大会・実技認定士・セミナー・研修会
日本リハビリテーション栄養研究会	2011	約4200人	学術集会・フォーラム・セミナー・ポケットガイド
一般社団法人 日本褥瘡学会	1999	約8000人	学術集会・学会誌・学会認定士・セミナー・e-ラーニング
一般社団法人 日本義肢装具学会	1984	約2500名	学術集会・学会誌・セミナー
一般社団法人 日本リハビリテーション工学協会	1986	約900名	カンファレンス・協会誌・福祉機器コンテスト・SIG講習会
一般社団法人 日本車椅子シーティング協会	2007	約130団体	講習会・認定資格
NPO 法人 日本シーティング・コンサルタント協会	2004	約600名	シンポジウム・セミナー・認定資格

地域リハビリテーションの推進も大きな流れである。全国地域リハビリテーション支援事業連絡協議会ホームページによれば、「地域リハビリテーション支援体制整備推進事業が平成12年に始まり、現在全国に都道府県リハビリテーション支援センターと約300の地域リハビリテーション広域支援センターが指定されて」といわれる。

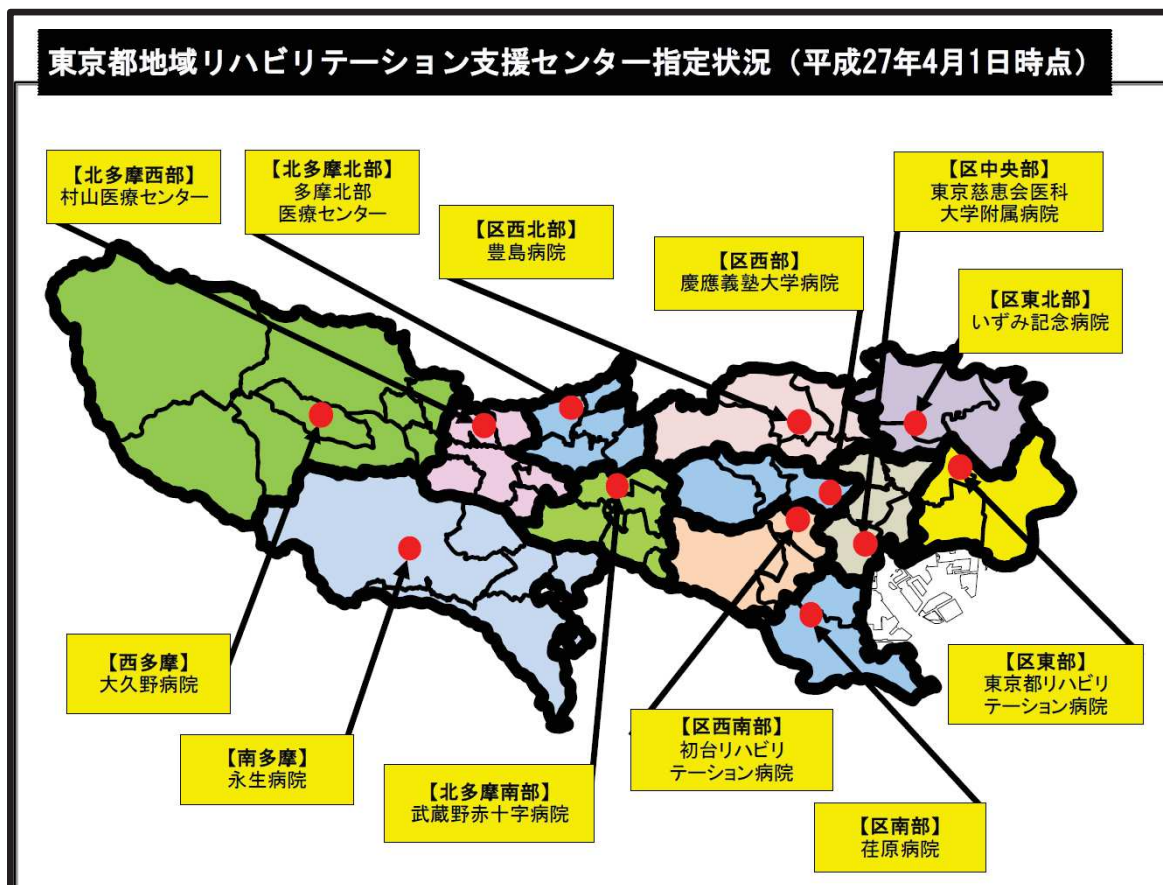
東京都においても、二次保健医療圏ごとに地域リハビリテーション支援センターが指定され、様々な活動が行われている（図Ⅲ-8）。

また、障害者自立支援法に基づき都道府県が行う専門性の高い相談支援事業である「高次脳機能障害支援普及事業」が、東京都心身障害者福祉センターが支援拠点機関となって開始された。そして、同センターが地域の関係諸機関と連携して推進する就労支援（職業評価・就労準備支援プログラム）や自立支援（社会生活評価プログラム）も展開されている。そして、二次保健医療圏ごとに、二次保健医療圏ごとに東京都が指定する地域リハビリテーション支援センター等高次脳機能障害のリハビリテーションにおける中核医療機関を中心とした「専門的リハビリテーションの充実事業」が展開されている。

これらは、平成18年の「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律」（障害者自立支援法 現「障害者総合支援法」（平成25年4月より））を受けて、同年「地域生活支援事業の実施について」、平成19年「高次脳機能障害支援普及事業の実施について」が通知されたことを受けた事業といえる。

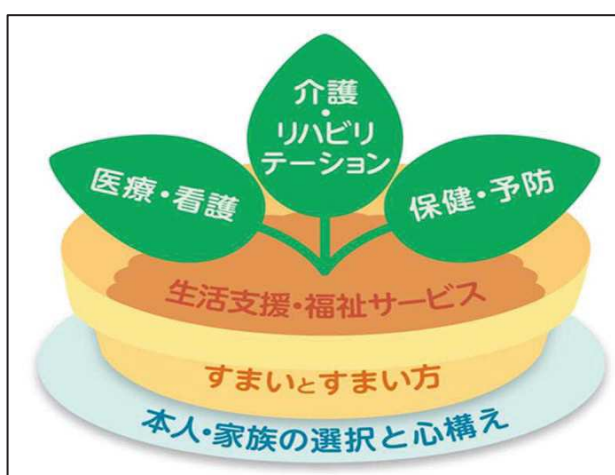
かつては、職業リハビリテーションセンター、労災リハビリテーションセンター、あるいは都道府県・大都市単位での総合リハビリテーションセンターが中核を担っていた就労支援あるいは自立支援の主体が、より地域単位に移行してきていることを示している。

就労支援は、医療的リハビリテーションや職業技能のリハビリテーションのみで完結することは少なく、地域障害者職業センター（独立行政法人 高齢・障害・求職者雇用支援機構）等の就労支援機関、また地域における介護保険リハビリテーション分野や障害者の自立生活支援団体との連携が重要である。若・壮年者に対する回復期リハビリテーションにおける最大目標のひとつは就労・復職であるが、前節で示した各団体の医療の質の評価指標や、病院機能評価、回復期リハビリテーション病棟協会の調査等でも就労支援のプロセス・アウトカム評価がこれまで十分になされてきたとはいえない。回復期リハビリテーションの社会的役割を評価する上で、就労支援の実施状況と成果の評価は必要であろう。



図Ⅲ-8 東京都地域リハビリテーション支援センター指定状況

地域医療構想、そして地域包括ケアの推進は、リハビリテーションに関わる近年の最も大きな動きである。厚生労働省は地域包括ケアの柱の一つとして、リハビリテーションを位置づけている（図Ⅲ-9）。地域包括ケアにおいて、医療と介護の連携推進が求められている。



図Ⅲ-9 厚生労働省HP 地域包括ケアシステム より

[http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/kaigo\\_koureisha/chiiki-houkatsu/](http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/)

平成 26 年に、地域医療構想に即し、地域包括ケアを担う病棟として新設された地域包括ケア病棟ではリハビリテーションの提供が施設基準に含まれている（図Ⅲ-10）。

## 急性期後・回復期の病床の充実と機能に応じた評価

### 地域包括ケアを支援する病棟の評価

➤ 急性期後の受入をはじめとする地域包括ケアシステムを支える病棟の充実が求められていることから新たな評価を新設する。

**(新)**

地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)1	2,558点 (60日まで)
地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)2	2,058点 (60日まで)
看護職員配置加算	150点
看護補助者配置加算	150点
救急・在宅等支援病床初期加算	150点(14日まで)

**【施設基準等】**

- ① 疾患別リハビリテーション又はがん患者リハビリテーションを届け出ていること
- ② 入院医療管理料は病室単位の評価とし、届出は許可病床200床未満の医療機関で1病棟に限る。
- ③ 療養病床については、1病棟に限り届出することができる。
- ④ 許可病床200床未満の医療機関にあっては、入院基本料の届出がなく、地域包括ケア病棟入院料のみの届出であっても差し支えない。
- ⑤ 看護配置13対1以上、専従の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士1人以上、専任の在宅復帰支援担当者1人以上
- ⑥ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度A項目1点以上の患者が10%以上
- ⑦ 以下のいずれかを満たすこと ア) 在宅療養支援病院、イ) 在宅療養後方支援病院(新設・後述)として年3件以上の受入実績、ウ) 二次救急医療施設、エ) 救急告示病院
- ⑧ データ提出加算の届出を行っていること
- ⑨ リハビリテーションを提供する患者について、1日平均2単位以上提供していること。
- ⑩ 平成26年3月31日に10対1、13対1、15対1入院基本料を届け出ている病院は地域包括ケア病棟入院料を届け出ている期間中、7対1入院基本料を届け出ることではない。
- ⑪ 在宅復帰率7割以上 (地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)1のみ)
- ⑫ 1人あたりの居室面積が6.4㎡以上である (地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)1のみ)

看護職員配置加算:看護職員が最小必要人数に加えて50対1以上  
 看護補助者配置加算:看護補助者が25対1以上(原則「みなし補助者」を認めないが、平成27年3月31日までは必要数の5割まで認められる。)  
 救急・在宅等支援病床初期加算:他の急性期病棟(自院・他院を問わず)、介護施設、自宅等から入院または転棟してきた患者について算定

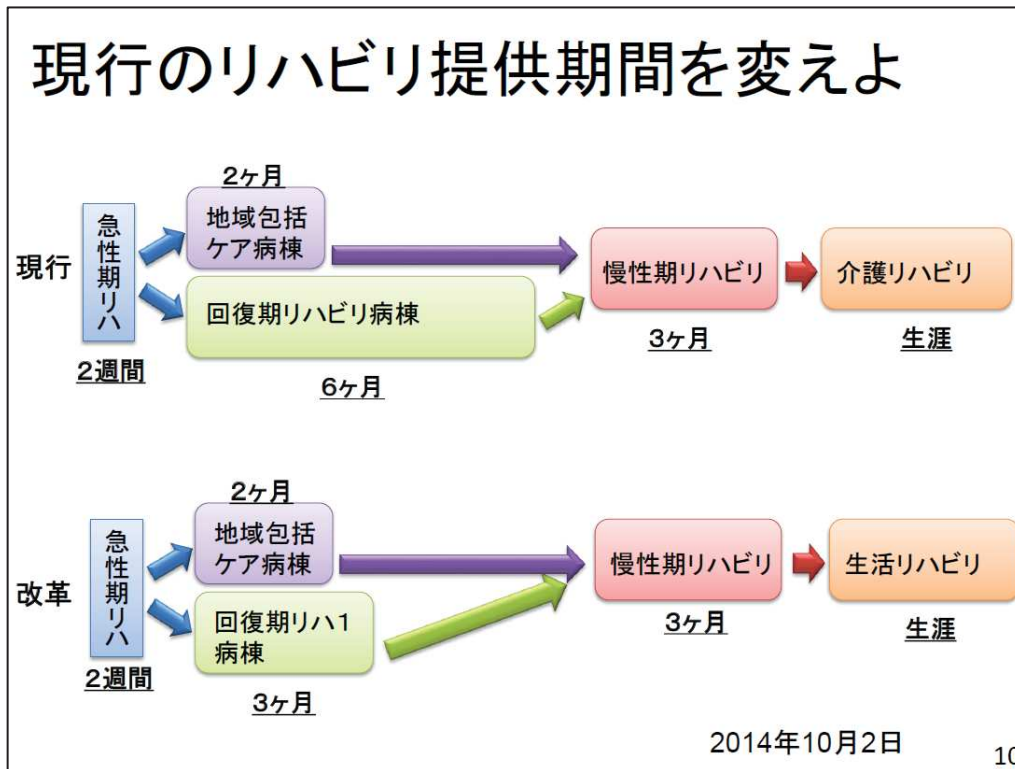
図Ⅲ-10 厚生労働省HP 平成 26 年度診療報酬改定資料より

地域包括ケア病棟では、①疾患別リハビリテーション又はがん患者リハビリテーションを届け出ていること、⑤専従の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士一人以上、専任の在宅復帰支援担当者1名以上、⑨リハビリテーションを提供する患者について、1日平均2単位以上提供していることなどが施設基準として挙げられている。

亜急性期 (Subacute) / 後急性期 (Postacute) において、リハビリテーションを提供する2つの病棟形態が生まれた。リハビリテーション機能を有した入院医療の質の評価が、今後、回復期リハビリテーション病棟と地域包括ケア病棟との比較検討も含めて必要とされることは時代的要請と考えられる。

日本慢性期医療協会は、平成 26 年 10 月の定例記者会見資料で、地域包括ケア病棟に比べ、回復期リハビリテーション病棟の入院期間を見直すべきという提言を行っている（図Ⅲ-11）。





図Ⅲ-11 日本慢性期医療協会 定例記者会見 資料

<https://jamcf.jp/chairman/2014/chairman141009.pdf>

地域包括ケア病棟協会は、「平成 27 年度地域包括ケア病棟の機能等に関する調査」で、「ときどき入院 ほぼ在宅」を実践する上で重要な、院内・地域内多職種協働についての医療の質を調査する項目として、以下の 6 項目を挙げている。ドナペディアン分類により各調査下位項目を分類している（図Ⅲ-12）。

- 【C. 医療介護に関する様々な連携やベッドコントロールについて】
- 【D. 認知症患者について】
- 【E. Nutrition Support Team : NST について】
- 【F. 地域包括ケア病棟で提供しているリハビリテーションについて】
- 【G. 地域包括ケア病棟の入出状況について】

同報告は、地域包括ケア病棟を「懐の深い駆込寺」と表し、回復期リハビリ病棟を「中・重度の脳卒中や重症整形外科疾患の術後等のリハビリで選ぶ専門店」と表現している。

医療と介護の連携の推進、退院促進を促すことを目的とした退院関連加算は、平成 28 年度診療報酬改定においても、大きく上積みされている（表Ⅲ-5）。これらの加算の算定要件は多岐に亘るが、「医療・介護総合確保推進法」（：地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律）2014 年 6 月 25 日公布施行）のもとにおける改定といえる。特に、介護保険法では、「地域ケア会議」が制度的に位置付けられ、多職種協働によるケアマネジメント支援が重視されている。従って、特に、介護支援専門員（ケア・マネジャー）との連携は、回復期リハビリテーションの質の評価指標として必須の指標となろう。

## 地域包括ケア病棟の機能等に関する調査項目

■病院全体を対象（2015年11月6日（金）の届出状況や実績を調査、解析対象は病院）

【A. 基本情報 A-1～A-5】

開設者の分類、病床種別と数、併設する関連施設

【B. 2016年度診療報酬改定について B-1～B-2】

地域包括ケア病棟の手術等の出来高算定が及ぼす、7対1一般病棟の転換先、急性期からの受け入れ先への影響

【C. 医療・介護に関する様々な連携やベッドコントロールについて C-1～C-5】

管理部門、担当職種、医介連携現場での統一アセスメントツール

【D. 認知症患者について D-1～D-5】

物忘れ外来、専門職種、認知症ケアサポートチーム、院内デイケア

【E. Nutrition Support Team : NSTについて E-1～E-10】

NST活動状況、VE・VFの実施、リハビリ栄養の取組、薬剤調整（特にポリファーマシー）への積極的関与

■地域包括ケア病棟を対象

【F. 地域包括ケア病棟で提供しているリハビリテーションについて F-1～F-10】

（2015年11月6日（金）の届出状況や実績を調査、解析対象は病棟）

リハビリ提供体制、疾患別・がん患者リハビリ提供状況

疾患別・がん患者リハビリとして定義されている「1単位20分」の関わり以外

短時間（20分未満）での個別の関わり、集団での関わり、他職種職員や介護者への指導

同一施設内で回復期リハビリ病棟と地域包括ケア病棟を併設している施設

入院受入患者の病棟毎の選択基準

【G. 地域包括ケア病棟の入出状況について G-1～G-10】

（2015年10月27日（火）～11月5日（木）10日間の実績を調査、解析対象は病院と症例）

入院経路等の内訳、退院先等の内訳、入退院調整・支援中の患者、

PFM（Patient Flow Management）の認知度

3

## 地域包括ケア病棟の機能等に関する調査項目

1, 調査結果は、ドナベディアン分類で医療の質を分類し、以下の表示を添付した。

**S** : ストラクチャ（構造）

**P** : プロセス（過程）

**O** : アウトカム（成果）

図Ⅲ-12 平成27年度地域包括ケア病棟の機能等に関する調査 調査項目

表Ⅲ-5 平成 28 年度診療報酬改定における医療と介護の連携に係る主な退院関連加算

加算	旧点数(平成26年度診療報酬)	新点数(平成28年度診療報酬改定)	単位
<b>退院支援加算</b>			
患者が安心・納得して退院し、早期に住み慣れた地域で療養や生活を継続できるように、保険医療機関における退院支援の積極的な取組みや医療機関間の連携等を推進するための評価を <b>新設</b> する。			
	旧 退院調整加算(廃止)	退院支援加算1 (新設)	退院支援加算2 (退院調整加算と同要件)
イ 一般病棟入院基本料等の場合	イ 14日以内の期間 340点 ロ 15日以上30日以内の期間 150点 ハ 31日以上90日以内の期間 50点	600点	190点
ロ 療養病棟入院基本料等の場合	イ 30日以内の期間 800点 ロ 31日以上90日以内の期間 600点 ハ 91日以上120日以内の期間 200点	1200点	635点
算定要件・施設基準			
退院困難な患者の早期抽出	7日以内に退院困難な患者を抽出	3日以内に退院困難な患者を抽出	7日以内に退院困難な患者を抽出
入院早期の患者・家族との面談	できるだけ早期に患者・家族と面談	7日以内に患者・家族と面談	できるだけ早期に患者・家族と面談
多職種によるカンファレンスの実施	カンファレンスを実施	7日以内にカンファレンスを実施	カンファレンスを実施
退院調整部門の設置	専任1名(看護師又は社会福祉士)	専任1名(看護師又は社会福祉士)	専任1名(看護師又は社会福祉士)
病棟への退院支援職員の配置	専任1名(看護師又は社会福祉士)	退院支援業務等に専従する職員を病棟に配置(2病棟に1名以上)	
医療機関間の顔の見える連携の構築		連携する医療機関等(20か所以上)の職員と定期的な面談を実施(3回/年以上)	
介護保険サービスとの連携		介護支援専門員との連携実施	
* 退院支援加算(1のイに限る。)は、回復期リハビリテーション病棟入院料に含まれるものとする。			
<b>退院支援加算 地域連携診療計画加算</b>			
現行の地域連携診療計画管理料等を基調としつつ地域連携診療計画を策定・共有した上で、医療機関間の連携を図っている場合についての評価を <b>新設</b> する。			
退院支援加算	なし(地域連携診療計画管理料に含まれる)	300点	退院時1回
地域連携診療計画加算	なし(地域連携診療計画管理料に含まれる)	50点	退院時1回
診療情報提供料(I)	なし(地域連携診療計画管理料に含まれる)	50点	退院時1回
地域連携診療計画加算			
算定要件			
		地域連携診療計画の作成・共有	
		地域連携診療計画への説明・同意	
		診療情報等を文書により提供	
*「地域連携診療計画管理料」を廃止し、平成28年度改定では、「退院支援加算」と「診療情報提供料(I)」に「地域連携診療計画加算」を新設			
<b>退院時共同指導料</b>			
医療と介護の連携及び入院から在宅への円滑な移行を推進する観点から、これらの取組みに関する評価の <b>充実</b> を図る。			
介護支援連携指導料	300点	400点	入院中2回
算定要件 入院中の患者に対して、患者の同意を得て、医師又は医師の指示を受けた看護師、社会福祉士等が介護支援専門員と共同して、患者の心身の状態等を踏まえて導入が望ましい介護サービスや退院後に利用可能な介護サービス等について説明及び指導指導を行った場合に、当該入院中2回に限り算定する。同一日に、加算注3(居宅介護支援事業者の介護支援専門員と共同して指導を行った場合に限り。)は、別に算定できない。			
退院時共同指導料1			入院中1回
1. 在宅療養支援診療所の場合	1000点	1500点	
2. 1以外の場合	600点	900点	
退院時共同指導料2			
退院時共同指導料2	300点	400点	
退院時共同指導料2(加算注2)	300点	300点	
退院時共同指導料2(加算注3)	2000点	2000点	
算定要件			
退院時共同指導料1	退院後の保険医又は看護師等が 入院医療機関に赴いて、入院中の保険医又は看護師等と共同、文書情報提供		
退院時共同指導料2	入院医療機関の保険医又は看護師等が 退院後の保険医・看護師等と共同、文書情報提供		
退院時共同指導料2(加算注2)	入院医療機関の保険医及び退院後の保険医が共同指導		
退院時共同指導料2(加算注3)	入院医療機関の保険医が、退院後の保険医、看護師又は准看護師、保険医である歯科医師又は歯科衛生士、保険薬剤師、訪問看護ステーションの看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士若しくは介護支援専門員のいずれかのうち3者以上と共同		
<b>退院時リハビリテーション指導料</b>			
患者の退院時に当該患者又はその家族等に対して、退院後の在宅での基本的動作能力若しくは応用的動作能力又は社会的適応能力の回復を図るための訓練等について必要な指導を行った場合に算定する。			
退院時リハビリテーション指導料	300点	300点	退院日1回
算定要件 入院していた患者の退院に際し、患者の病状、患者の家族等、患者の介護力等を考慮しながら、患者又はその家族等退院後の患者の看護に当たる者に対して、リハビリテーションの観点から退院後の療養上必要と考えられる指導を行った場合に算定する。入院中主として医学的管理を行った医師又はリハビリテーションを担当した医師、あるいは、医師の指示を受けて、保険医療機関の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が保健師、看護師、社会福祉士、精神保健福祉士とともに指導を行った場合に算定。			
<b>退院前訪問指導料</b>			
入院期間が1月を超えると見込まれる患者の円滑な退院のため、患者を訪問し、当該患者又はその家族等に対して、退院後の在宅での療養上の指導を行った場合に算定する。			
退院前訪問指導料	555点	555点	入院中1回
算定要件 継続して1月を超えて入院すると見込まれる入院患者の円滑な退院のため、入院中(外泊時を含む。)又は退院日に患者を訪問し、患者の病状、患者の家族等、患者の介護力等を考慮しながら、患者又はその家族等退院後の患者の看護に当たる者に対して、退院後の在宅での療養上必要と考えられる指導を行った場合に算定する。退院して家庭に復帰する患者が算定の対象であり、特別養護老人ホーム等医師又は看護師等が配置されている施設に入所予定の患者は算定の対象としない。医師の指示を受けて保険医療機関の保健師、看護師、理学療法士、作業療法士等が訪問し、指導を行った場合にも算定できる。			
(入院後早期に退院前訪問指導の必要があると認められる場合は、2回)			
<b>退院後訪問指導料</b>			
退院直後に、入院医療機関の看護師等が患者等を訪問し、当該患者又はその家族等退院後に患者の在宅療養支援に当たる者に対して、退院後の在宅における療養上の指導を行った場合の評価を <b>新設</b> する。			
退院後訪問指導料	なし	580点	1回につき
訪問看護同行加算	なし	20点	退院後1回
算定要件			
退院後訪問指導料		入院医療機関を退院した日から起算して1月以内の期間に限り、5回を限度として算定。退院日は除く。	
訪問看護同行加算		在宅療養を担う訪問看護ステーション又は他の保険医療機関の看護師等と同行し、指導を行った場合には、訪問看護同行加算として、退院後1回に限り、所定点数に加算。	



## IV. 都病協版回復期病院機能のCI（クリニカル・インディケーター）

### 1. 目的

#### <前節までの要旨>

臨床指標（Clinical Indicator）、あるいは医療の質指標（Quality Indicator）は、「医療の質を定量的に表現しようとするもので、医療の質改善のためのツール」である。

また、患者家族・市民への情報開示という目的も有する。医療の質を測るには、様々な視点からの指標が求められる。日本でも多くの病院が医療の質を指標を用いて測定し公開するようになってきており、厚生労働省「医療の質の評価・公表等推進事業」なども実施されている。質に基づく診療報酬の支払い（Pay for performance : P4P）が国際的にも広まってきており、回復期リハビリテーションに対してもFIMを用いたアウトカム評価などの導入が図られてきている。

リハビリテーション病院に対する病院機能評価も実施されているが、現評価構成では、プロセス評価に重点を置いた項目構成がなされている。回復期リハビリテーション病棟協会の実態調査は、ストラクチャー・プロセス・アウトカム評価を含む4種の質問票から構成されているが、期間を限定した「調査」形態であり記入側の負担は少なくない。

リハビリテーション医療分野においては、機能改善・機能再建のための新しい手術・薬物療法・治療・リハビリテーション機器、あるいは機能的装具等が発展しつつあるが、保険適応上の制約もあり、回復期リハビリテーションでは十分な導入が図られているとは言い難い。今後、有益な治療技術の費用対効果を検証していく必要がある。診療報酬にADL改善率に基づくアウトカム評価が導入されたとはいえ、ADL訓練に偏重しすぎてはならない。回復期リハビリテーションの意義は機能回復であり、そのための取り組みも評価しうる多面的な医療の質の指標がもとめられる。また、摂食嚥下、栄養、装具、シーティングなどのチーム・アプローチに取り組む施設も増えてきているが、これらの効果判定を取り入れた医療の質指標はまだ不十分である。障害者総合支援法における地域支援事業・地域リハビリテーション支援推進のもと、高次脳機能障害に対する就労・自立支援を行政と共同して地域で推進する取り組みも広がっている。回復期リハビリテーションの社会的役割を評価する上で、就労支援の実施状況と成果の評価は必要と考えられる。地域包括ケアが推進されるなか、医療・介護連携に関する質の評価は重要性を増し、今後、地域包括ケア病棟を含めたリハビリテーションの費用対効果の検証を求める流れは今後強まっていくであろう。医療・介護総合確保推進法施行のもと、退院時連携が診療報酬上も重点化され、介護保険法では、多職種協働によるケアマネジメント支援が重視されている。特に、ケア・マネジャーとの連携は、回復期リハビリテーションの質の評価指標として必須の指標となる。

以上の検討に基づき、東京都病院協会・診療情報管理部会では、医療機関でのリハビリテーションを経て、介護保険制度・地域支援につなぐための医療の質を評価するために、既存の評価指標を補完するクリニカル・インディケーターの作成が必要であると判断し、作成事業に着手した。

**【目的】** 回復期リハビリテーションにおける医療の質の向上と患者様への情報提供を図るため、医療と介護の連携が求められている現状をふまえたクリニカル・インディケーター（以下、都病協版回復期CI）の作成と検証を進めること。

## 2. 方法

都病協版回復期 CI の策定は、2014 年 5 月より、東京都病院協会診療情報管理委員会にて、毎月 1 回の会議を実施し、これまで記した既存の医療の質評価指標を検討した上で、項目抽出作業を行った。作成に際して、以下の点に配慮した。

- 包括性： 医療の質をストラクチャー・プロセス・アウトカムにより評価できること。
- 定量化： 医療の質を数値指標で回答できること。
- 汎用性： 既存の医療の質評価指標で用いられ、一定の評価を得ている指標との互換性を有すること。
- 有用性： 回復期リハビリテーション病棟における医療の質の評価に有用であること。
- 簡易性： 回答しやすい数値指標であること。
- 即時性： 現在の我が国の法制度、特に医療・介護総合確保推進法、障害者総合支援法のもと推進される諸施策、診療報酬体系を反映し、医療機関でのリハビリテーションを経て、介護保険制度・地域支援につなぐために求められる機能を評価すること。
- 発展性： 既存の評価指標で十分に測られていない機能を評価し、リハビリテーション医療の発展を評価できる指標であること。

検討の結果、都病協版回復期 CI (試版) は、Ⅰ. ストラクチャー (7 項目)、Ⅱ. プロセス (8 項目)、Ⅲ. アウトカム (5 項目) の計 20 項目より構成され、回答を数値・項目選択のみで求める形式となった (表Ⅳ-1)。「平均在院日数」「在宅復帰率」は、汎用性のある項目であり採用した。退院時連携について、済生会や全日本民主医療機関連合会の質の評価指標では、退院時共同指導の実施率として加算算定割合を訊いている。しかし、退院関連は前節表Ⅲ-5 の通り、改定により多様になっている。都病協版回復期 CI では、それらの基礎実績となる「退院前訪問件数」「退院前カンファ実施率」「退院前ケアマネ介入件数」「退院時サマリー作成率」を定量化の視点から設問した。「入院適応基準」「治療の特色」「チームアプローチ」「MS相談件数」「就労支援実施件数」は、包括性・即時性・発展性の点から、採用した。これらは、従来の医療の質の評価指標には、十分記されていないか、もしくは、数値化されていなかった項目である。また、「平均在院日数」と「入退院時 BI/FIM 平均」のアウトカム指標が数値で問われており、脳血管疾患／運動器疾患の年間患者数も設問されているため、平成28年度診療報酬改定における FIMによるアウトカム評価導入後の改善率試算もある程度可能である。

本検討の過程において、重症度、医療・介護必要度、要介護度の改善率、紹介から入院までの日数、1 週間 1 人当たりのリハビリテーション提供頻度、自宅退院患者における家屋評価実施率、入院時経管・経腸栄養者受入れ率、経口摂取移行 (改善) 率、患者社会復帰意欲改善率、患者家族在宅受入意欲改善率、認知症重度化予防・離床率向上、整形及び脳血管等重度重複者対応なども、候補項目として挙げられたが、上記の基準より、試版では採択項目にはならなかった。

都病協版回復期 CI は、回答の簡便化・データベース化対応機能を付加するため、FileMakerPro13 Advanced を用い、File Maker ソフトウェアがなくとも動作するパッケージを無償頒布できる入力フォームを作成した (図Ⅳ-1)。その実施可能性を評価するため、2015 年 8 月に試験回答を会員 2 施設で実施した。更に、1 施設で、試験回答実施 10 日後に、全回答者 18 名が項目毎の簡易度・有用度を、質問



紙形式（匿名化）にて、5段階評価を実施した（図IV-2）。結果の分析に際しては、簡易度・有用度共に、各段階毎の回答を、2、1、0、-1、-2で回答を重み付け得点化し、回答件数を集計した（図IV-3）。

表IV-1 都病協版回復期CI（試版）の評価項目

	no	項目名	単位
I. ストラクチャー	101	年間入退院患者数 平均年齢	名/歳
	102	病床数 届出・入院科 加算	
	103	転入元（法人内/外）	%
	104	診療科	
	105	検査	
	106	職種別職員数（全体/回復期）	名
	107	入院適応基準	
II. プロセス	201	リハ実施単位数	単位/日
	202	治療の特色	
	203	チームアプローチ	
	204	MS相談件数	件/年
	205	退院前訪問件数	件/年
	206	退院前カンファ実施率	件/年
	207	退院前ケアマネ介入件数	件/年
	208	医師サマリー作成率	%
III. アウトカム	301	平均在院日数	日/年
	302	入退院時BI/FIM平均	
	303	在宅復帰率	%
	304	転出患者数	人/年
	305	就労支援実施件数	人/年

**クリニカル・インディケーター**

**I. ストラクチャー**

① 貴院回復期リハ病棟の年間入退院患者数を記入してください。

全入院（転入含む）患者数  名

脳血管障害等  名

運動器疾患  名

全退院（転出含む）患者数  名 ⇒ 平均年齢  歳

(死亡退院患者数を含む)

起算  退院時  記入時

\* 退院時年齢の記載が困難な場合、記載日時点の年齢を御回答下さい。

② 貴院の回復期リハビリテーション全病床数・届出リハビリテーション料・入院科・体制加算について、3月末日時点の基準を記入してください。

回復期病床数  床

脳血管疾患等リハビリテーション料  I  II  III

運動器リハビリテーション料  I  II  III

回復期リハビリテーション病棟入院料  1  2  3

休日リハビリテーション提供体制加算  あり  なし

リハビリテーション充実加算  あり  なし

体制強化加算  あり  なし

図IV-1 都病協版回復期CI（試版）の回答用紙（入力画面）（一部）

② 「1 年間における入院時・退院時の Barthel Index (BI) または FIM の平均を記入してください。」について

< 質評価について >

- ① 回りハ病棟の質評価に有用だ    ② どちらかといえば有用だ    ③ どちらとも言えない  
 ④ あまり有用と思わない    ⑤ 有用と思わない

< CI の出しやすさについて >

- ① 簡単に出せる    ② 比較的簡単に出せる    ③ どちらとも言えない  
 ④ 少し出しにくい    ⑤ 出しにくい

意見など

図IV-2 都病協版回復期 CI の簡易度・有用度評価アンケート（一部抜粋）

CI	Cliteria NO2	順位	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	合計	素点	得点
貴院の年間入退院患者数を記入してください。	U	① 有用			1			1	1			1		1	1	1					8	2	16
	U	② やや有用	1			1	1			1	1		1					1			7	1	7
	U	③ どちらとも																	1	1	2	0	0
	U	④ あまり		1																	1	-1	-1
	U	⑤ 有用でない																			0	-2	0
	E	① 簡単	1		1						1	1						1			5	2	10
	E	② 比較的簡単						1	1			1		1		1			1		6	1	6
	E	③ どちらとも		1			1							1		1			1		5	0	0
	E	④ 少し出しにくい					1														1	-1	-1
	E	⑤ 出しにくい																			0	-2	0

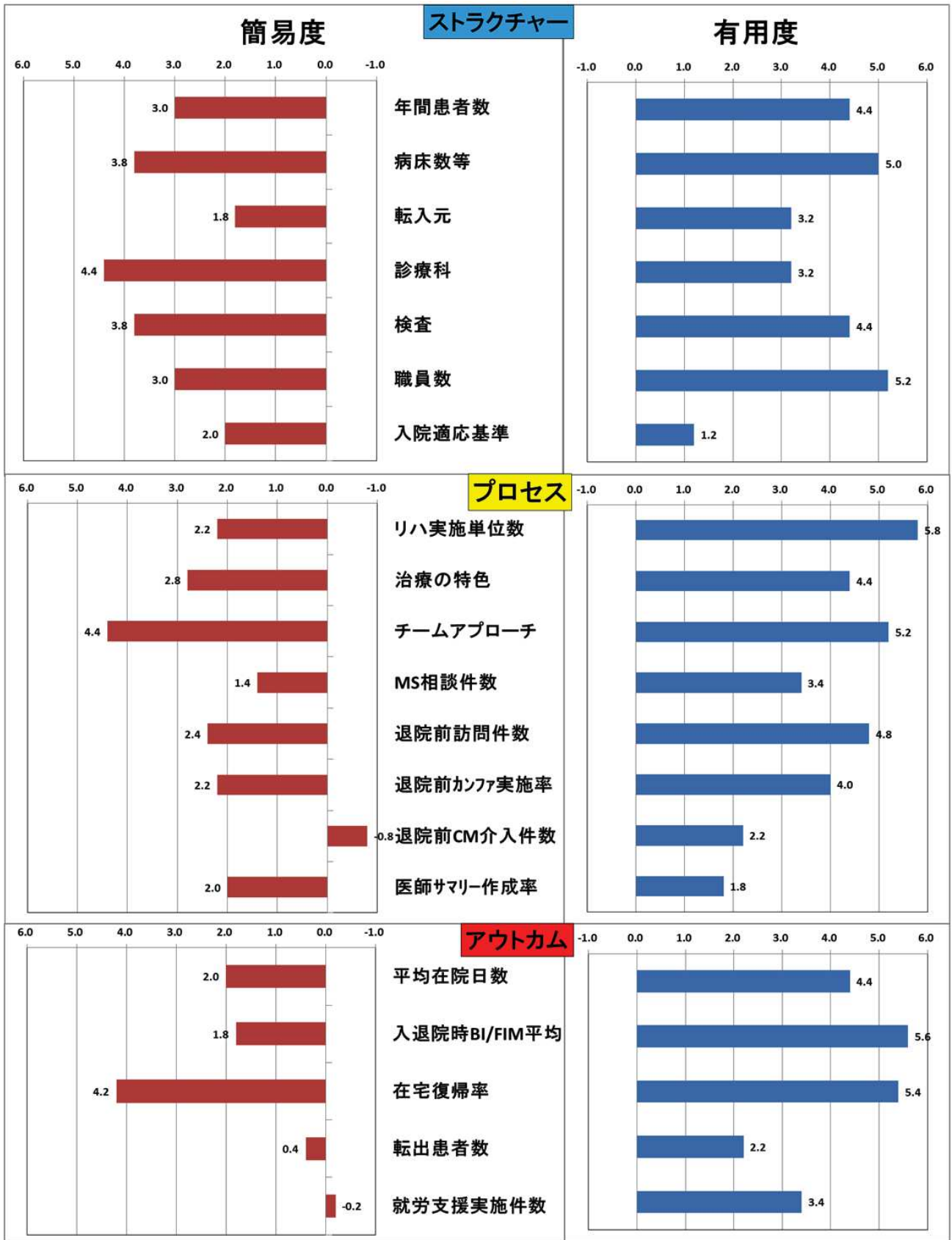
図IV-3 簡易度・有用度回答の重み付け得点化方法

### 3. 結果

簡易度の平均値は、「診療科」と「チームアプローチ」が4.4点と最も高く、次いで「在宅復帰率」4.2点となった。有用度の平均値は、「リハ実施単位数」5.8点、「入退院時 BI/FIM 平均」5.6点、「在宅復帰率」5.4点の順に高い値を示した（**図IV-4**）。簡易度・有用度とも中央値により層別化した所、7項目が両指標で中央値以下となり、当該項目は、Ⅰ.「転入元」「入院適応基準」、Ⅱ.「MSW 相談件数」「医師サマリー作成率」「退院前ケア・マネジャー（CM）介入件数」、Ⅲ.「転出患者数」「就労支援実施件数」であった（**図IV-5**）。

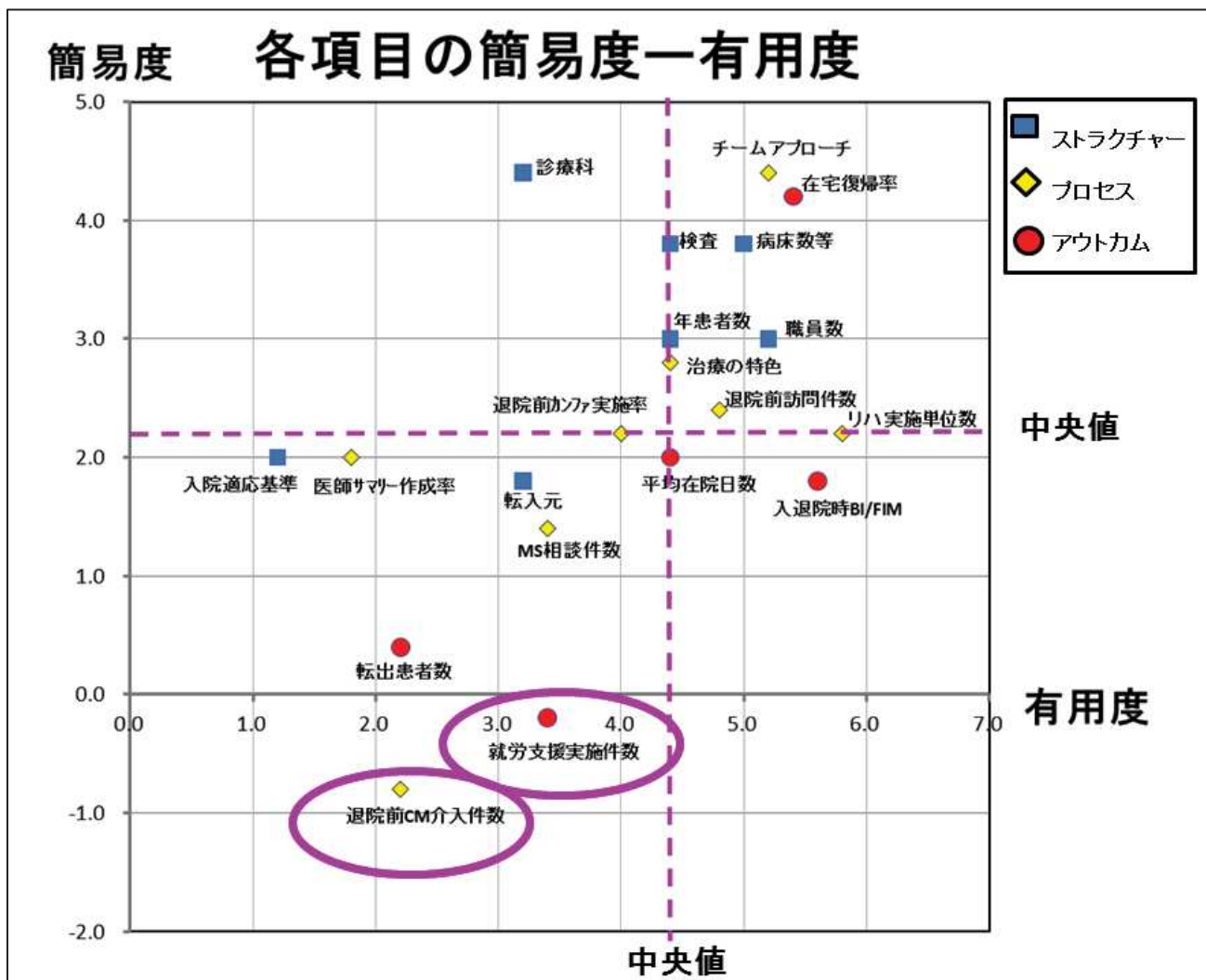
以上の結果、以上の結果に基づき、簡易度が負値を示した「退院前 CM 介入件数」「就労支援実施件数」について、より具体的に数値指標化できるよう項目修正を行なった（**図IV-6, 7**）。そして、その修正結果を検討するため、2016年2月に、前述の実施設にて、修正2項目の回答者に再回答と簡易度・有用度の再評価を実施した。その結果と初回の簡易度・有用度の全回答の平均得点を比較した。

「退院前 CM 介入件数」の簡易度は、修正前-0.04点から-0.40点となり、有用度は修正前0.12点から0.30点となった。「就労支援実施件数」の簡易度は、修正前-0.01点から-0.40点となり、有用度は修正前0.19点から0.40点となった。回答時の意見（自由記述）においては、「（退院前カンファレンスを）家屋評価の時に患者宅で行う場合もあるので数えていなかった」「退院前カンファレンス（サービス担当者会議）の記録はカルテに閉じてあるため退院後調査に時間と手間がかかる」「（就労支援は）MSW だけでは全員分回答できず、リハビリスタッフ全員に確認して頂きました」といった意見が挙がっていた。しかしながら、いずれの項目においても、設問をより具体的・直接的にすることによって、有用度得点の向上が認められた。

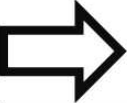


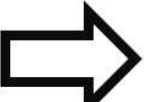
図IV-4 回復期CI（試版）回答者における有用度・簡易度調査結果





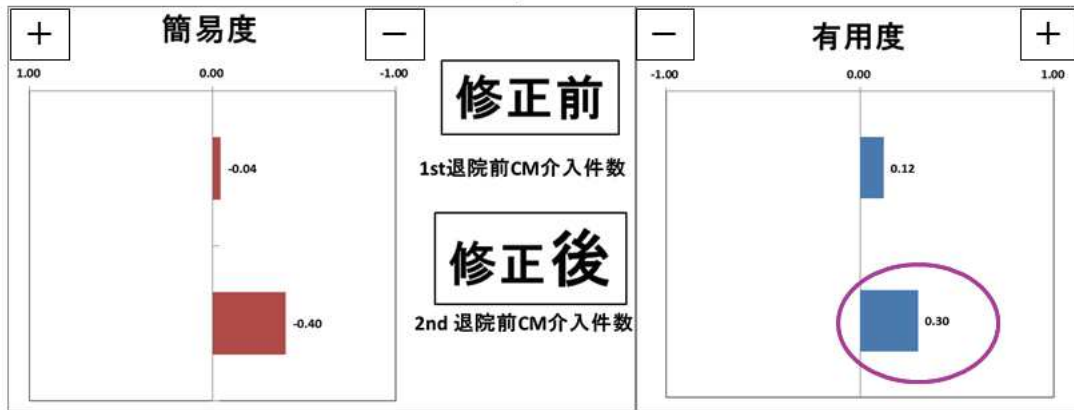
図IV-4 回復期C I (試版) 回答者における簡易度・有用度得点のプロット

<b>修正前</b>
<p>⑥ 退院前カンファレンスの実施率(年)を記入してください。 退院前カンファレンス実施患者総数／退院患者総数(死亡患者除く) =</p> <p style="text-align: center;"><input type="text"/> %</p>
<p>⑧ 退院前にケア・マネジャーが介入した件数を記入してください。</p> <p style="text-align: center;"><input type="text"/> 件／年</p>

<b>修正後</b>
<p>⑥ 退院前カンファレンスの実施件数を記入してください(患者1名につき1件で回答)。 退院前カンファレンス実施件数 =</p> <p style="text-align: center;"><input type="text"/> 件／年</p>
<p>⑦ ⑥の退院前カンファレンス実施件数のうち、ケア・マネジャーが参加した件数を記入してください。</p> <p style="text-align: center;"><input type="text"/> 件／年</p>

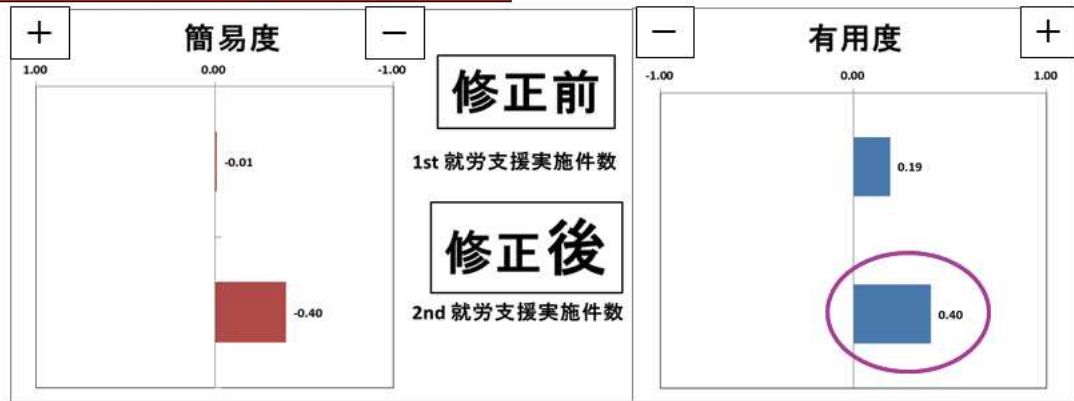
<b>修正前</b>
<p>⑤ 就労支援実施件数を記入して下さい。 1年間の退院患者で、復職の有無を問わず、就労支援を実施した件数を記入して下さい。</p> <p style="text-align: center;"><input type="text"/> 件／年</p>

<b>修正後</b>
<p>⑤ 就労支援について、1年間の退院患者より、以下に御回答ください。</p> <p>1) 発症前に就労していた患者数 <input type="text"/> 人／年 (発症前に既に退職していた方を除く)</p> <p>2) うち、就労支援を実施した患者数 <input type="text"/> 人／年</p> <p>3) 復職患者数 (記入日時点) <input type="text"/> 人／年</p>

図IV-6,7 回復期C I (試版) 調査結果に基づく項目修正

**プロセス：退院前CM介入件数**



**アウトカム：就労支援実施件数**



図IV-8 回復期C I 試版修正後の項目の簡易度・有用度

#### 4. 考察

介護保険制度の導入と期を同じくして新設された回復期リハビリテーション病棟は、地域包括ケア病棟の新設や、診療報酬へのアウトカム評価の導入等の情勢もあり、岐路に立たされている。そのような時代にこそ、リハビリテーション医療の質の評価が求められるといえる。従来の医療の質の評価指標では、包括的な評価、あるいは簡易的な評価が困難であった。現在、リハビリテーションにおける「医療の質の評価指標」の開発を進める研究もある（鄭，近藤，井上，2010）。これは、リハビリテーション医療の専門家へのインタビューに基づき作成された質問票を用いたリハ専門職への重要度調査を実施し、ドナベディアン分類により設定して因子分析を行い、項目選定を進めたものである。優れた取り組みではあるが、今後の回復期リハビリテーション病棟の評価にとり有益な指標、あるいは必要性があるが組み込まれていない指標を補完する作成手続きとはいえない。

都病協版回復期C Iは、回復期リハビリテーションの医療の質の評価を、まずは、会員病院各位に実践した頂くことを期待して作成したものである。

本年度の作成および試験実施作業を通じて、本事業を通じて、調査実施施設でも、気づきになった事柄がいくつも挙げられる。まずは、自院で実施してきたリハビリテーションの特色を再認識し、そのアウトカムがどの程度であったかを再認識したことである。さらに、日常の診療・治療行為だけでなく、退院前カンファレンスなど介護との連携に係る取り組みを記録に残すことの重要性を認識し得たといえる。また、就労支援の取り組みなどは在院日数が短縮化されれば、充実した取り組みが難しくなる可能性もある。また、一層、地域のリハビリテーション資源との連携が必要になる分野でもあり、そうした交流が十分に実践できているかどうかを振り返るきっかけにもなる。

また、評価への取り組みを通じて、請求可能な診療報酬の未請求がなかったかどうかを確認するという振り返りの機会にもなる。効果的な新しいリハビリテーション医療・治療アプローチを評価し、よいのは積極的に取り入れていくきっかけになりうる。回復期リハビリテーション病棟では、入院基本料包括化のため、新しい治療や評価に有益な検査が実施されにくいという側面もあり、都病協版回復期C Iを活用した評価が、それらの改善・あるいは制度の見直しのきっかけになることも期待できる。

そして、何よりも、患者様・御家族様・地域の関連職種等に対して、簡潔に自院のサービス資源の特徴を説明・情報提供するための資料となり、同時に、自院のリハビリテーション医療の質の改善につなげることができる。

既に述べた通り、都病協版回復期C Iは、File Maker のソフトウェアを有していなくとも、入力フォームを動作できるパッケージを無償頒布できるように作成しており、Excel との互換性もあるため、Excel 版での入力も可能である。今後、東京都病院協会ホームページ等を通じての利用が可能となるよう事業を継続していく予定であり、多くの施設での活用を期待したい。

さらに次年度は、多施設活用、診療報酬改定に対応した二次指標作成、妥当性の検討を継続して進めていきたい。



## 回復期リハビリテーション病院機能の 臨床的・インディケータ(CI)について

東京都病院協会診療情報管理委員会

### はじめに

回復期リハビリテーションでは脳卒中や整形外科疾患のリハビリテーションを行っていますが、医療の質の評価についてはまだ定まったものはありません。医療の質を評価するとき、一般急性期とは違った尺度が必要です。私たちは、ドナベディアンが提唱した、ストラクチャー（構造）、プロセス（過程）、アウトカム（結果）の3つで、医療の質を評価することにしました。それぞれの病院あるいは病棟で、経年的な医療の質改善に使うことができます。また、他の病院あるいは病棟と比較することによって、自らの医療レベルを確認することができます。

ここに提示された臨床的・インディケータはさらに検討を重ねる必要がありますが、各病院でお使い頂き、その評価を元に改善を重ねていきたいと思っております。

期 間： 平成27年4月1日～平成28年3月31日迄の1年間

対象施設： 回復期リハ病棟

対象者： 同上期間内に退院した全患者

貴院名

最終記入年月日

記入責任者氏名

記入責任者 職種

記入責任者の方には、御連絡させて頂く場合がありますので、ご連絡先をお教え頂ければ幸いです。

記入機関 ご連絡先

住所

電話

Eメール

※本調査票は、Ⅰは、主として医事課や事務のご担当者にご記入をお願いします。Ⅱ・Ⅲは、主としてリハ部門責任者および回復期病棟担当MSWIにご記入をお願いします。

※具体的な数値等をご記入いただく部分もあります。該当がない場合には必ず「0」とご記入ください。分からない場合は「-」と記入してください。なお、小数値は、全て小数点以下一桁で記入をお願い致します。

※年度内で、数値が変動する回答項目につきましては、3月31日(調査最終日)時点の数値等をご記入下さい。

※回答中、「平均」を回答する項目については、単純平均値をご記入ください。

# クリニカル・インディケーター

## I. ストラクチャー

① 貴院回復期リハ病棟の年間入退院患者数を記入してください。

全入院(転入含む)患者数  名

脳血管障害等  名

運動器疾患  名

全退院(転出含む)患者数  名 ⇒ 平均年齢  歳

(死亡退院患者数を含む)

起算  退院時  記入時

\* 退院時年齢の記載が困難な場合、記載日時点の年齢を御回答下さい。

② 貴院の回復期リハビリテーション全病床数・届出リハビリテーション料・入院料・体制加算について、3月末日時点の基準を記入してください。

回復期病床数  床

脳血管疾患等リハビリテーション料  I  II  III

運動器リハビリテーション料  I  II  III

回復期リハビリテーション病棟入院料  1  2  3

休日リハビリテーション提供体制加算  あり  なし

リハビリテーション充実加算  あり  なし

体制強化加算  あり  なし

③ 転入元について記入してください (\*紹介患者数/全入院患者数:転入を含む)。

法人内  % \*同一法人内関連機関からの転病棟・紹介入院患者数

法人外  % \*他医療機関等からの紹介入院患者数

④ 受診可能な診療科(法人内で3日以内に受診できる診療科)に○をつけてください。

内科  脳神経外科  婦人科  皮膚科  リハビリテーション科

外科  神経内科  眼科  精神科  その他

整形外科  泌尿器科  耳鼻咽喉科  歯科

⑤ 実施可能な検査(法人内で3日以内に受けられる検査)すべてに○をつけてください。

一般X線撮影  心電図  筋電図

CT  スパイログラム  その他適切な検査(名称)

MRI  嚥下機能(嚥下造影・内視鏡)

- ⑥ 職種別に貴院の全職員数および回復期リハ病棟に関わる専従職員数をそれぞれ記入して下さい。  
\* 常勤換算値にて、3月末日時点の人数を御回答下さい。

	貴院全体	回復期専従	
医師	<input type="text"/>	<input type="text"/>	名
うちリハビリ専門医	<input type="text"/>	<input type="text"/>	名
看護師	<input type="text"/>	<input type="text"/>	名
介護職員	<input type="text"/>	<input type="text"/>	名
理学療法士	<input type="text"/>	<input type="text"/>	名
作業療法士	<input type="text"/>	<input type="text"/>	名
言語聴覚士	<input type="text"/>	<input type="text"/>	名
医療ソーシャルワーカー	<input type="text"/>	<input type="text"/>	名
臨床心理士	<input type="text"/>	<input type="text"/>	名
薬剤師	<input type="text"/>	<input type="text"/>	名
管理栄養士	<input type="text"/>	<input type="text"/>	名

- ⑦ 貴院回復期病棟での入院適応除外として考慮している疾患名・項目をすべてお教え下さい。

<input type="checkbox"/> 褥瘡	<input type="checkbox"/> 感染症	<input type="checkbox"/> 気管切開	<input type="checkbox"/> インシュリン投与	<input type="checkbox"/> その他
<input type="checkbox"/> 認知症	<input type="checkbox"/> MRSA	<input type="checkbox"/> 胃瘻	<input type="checkbox"/> 抗がん剤投与	<input type="text"/>



## Ⅱ. プロセス

- ① 1年間の平均リハ実施単位数を記入してください（各実施単位数総数／総入院日数）。

理学療法 各  単位／日

作業療法 各  単位／日

言語聴覚療法 各  単位／日

- ② 特色あるリハビリテーション治療として実施しているものすべてに○を付けて下さい。

ボツリヌスA  rTMS  FES  その他

- ③ チームアプローチとして行っているものすべてに○を付けて下さい。

褥瘡回診  摂食嚥下  シーティング  
 栄養サポート(NST)  装具診(ブレイスカンファ)  その他

- ④ 医療相談室への相談件数を記入してください。

件／年

- ⑤ 退院前訪問指導の件数を記入してください。

件／年

- ⑥ 退院前カンファレンスの実施件数を記入してください(患者1名につき1件で回答)。

退院前カンファレンス実施件数＝

件／年

- ⑦ ⑥の退院前カンファレンス実施件数のうち、ケア・マネジャーが参加した件数を記入してください。

件／年

- ⑧ 医師のサマリー作成率(年)を記入してください(退院後2週間以内)。

%

### Ⅲ. アウトカム

- ① 1年間の平均在院日数を記入してください。

日／年

- ② 1年間における入院時・退院時のBarthel Index (BI)またはFIMの平均を記入してください。

	Barthel Index (BI)	FIM 総得点	FIM 運動項目	FIM 認知項目
入院時				
退院時				
評価実施患者数(人)				

\*FIM運動・認知項目の合計点は記入可能な場合のみで結構です。

\*FIMにおいて、入／退院時の主な移動手段(車いす／歩行)が異なる場合、退院時移動手段の総得点をそれぞれ記入して下さい。

\*入退院時のADL評価データがある患者のみが対象者となります。

- ③ 在宅復帰率(年)を記入してください。

退院先が在宅\*の患者総数／回復期リハビリ病棟の退院患者総数(死亡退院を除く)＝

%

在宅\*: 自宅・高齢者住宅・グループホーム等、居住先への退院患者を全て含む。

- ④ 原疾患の再発あるいは合併症(骨折、肺炎等)などにより他科・他院(一般病棟)に転出した患者数を記入してください(転出数(年))。

人／年

- ⑤ 就労支援について、1年間の退院患者より、以下に御回答ください。

1) 発症前に就労していた患者数  人／年

(発症前に既に退職していた方を除く)

2) うち、就労支援を実施した患者数  人／年

3) 復職患者数 (記入日時点)  人／年

回答項目は以上です。御協力ありがとうございました。

## 都病協版回復期リハビリテーション病院機能CI 各項目記入内容

分類	no	項目名	記入内容	単位
<b>I. ストラクチャー</b>				
	101	年間入退院患者数 平均年齢	全入院患者数、脳血管障害等・運動器疾患 全退院患者数、平均年齢およびその起算時(入院/退院)を記入	名/歳
	102	病床数 届出・入院科 加算	回復期リハビリテーション全病床数、届出リハビリテーション料(脳血管障害等、運動器、回復期リハビリテーション入院科)・体制加算(休日リハビリテーション提供加算、充実加算、体制強化加算)を記入	
	103	転入元 (法人内/外)	全入院患者数を分母とし、法人内/法人外紹介患者数の比率を記入	%
	104	診療科	法人内で3日以内に受診可能な診療科を記入	
	105	検査	法人内で3日以内に実施可能な検査を記入	
	106	職種別職員数(全体/回復期)	職種別の全職員数および回復期リハ病棟に関わる専従職員数を記入(常勤換算値)	名
	107	入院適応基準	回復期病棟での入院適応として考慮している疾患名・項目を記入	
<b>II. プロセス</b>				
	201	リハ実施単位数	平均リハ実施単位数(各実施単位数総数/総入院日数)(年)を、理学療法・作業療法・言語聴覚療法につき記入	単位/日
	202	治療の特色	特色あるリハビリテーション治療として実施しているものを記入	
	203	チームアプローチ	チームアプローチとして行っているものを記入	
	204	MS相談件数	医療相談室への相談件数(年)を記入	件/年
	205	退院前訪問件数	退院前訪問指導の年間件数(年)を記入	件/年
	206	退院前カンファ実施率	退院前カンファレンスの実施件数(年)を記入(患者1名につき1件で回答)	件/年
	207	退院前ケアマネ介入件数	退院前カンファレンス年間実施件数(年)のうち、ケア・マネジャーが参加した件数を記入	件/年
	208	医師サマリー作成率	医師のサマリー作成率(年)を記入(退院後2週間以内)	%
<b>III. アウトカム</b>				
	301	平均在院日数	平均在院日数(年)を記入	日/年
	302	入退院時BI/FIM平均	1年間における入院時・退院時のBarthel Index(BI)またはFIM(総得点・運動項目合計・認知項目合計得点)の平均、および評価実施患者数を記入	
	303	在宅復帰率	在宅復帰率(年)を記入 退院患者総数(死亡退院を除く)のうち、退院先が在宅(居住先への退院患者全て)の患者総数の比率	%
	304	転出患者数	原疾患の再発あるいは合併症(骨折、肺炎等)などにより他科・他院(一般病棟)に転出した患者数(年)を記入	人/年
	305	就労支援実施件数	発症前に就労していた患者数(退職者を除く)、うち、就労支援を実施した患者数、復職患者数(記入日時点)(年)を記入	人/年

## 謝 辞

本事業の遂行におきましては、平成27年度 公益社団法人東京都医師会調査研究事業として実施全般の御支援を賜りましたこと、厚く御礼申し上げます。また、試験調査に御協力頂きました病院の関係者様各位に深く感謝申し上げます。リハビリテーション医療の趨勢全般に関しましては、FIMの日本における導入者でもある慶應義塾大学名誉教授・永生病院名誉院長の千野直一先生に多大なる御指導・御助言を頂きましたこと、別段の感謝をここに表させていただきます。



## 文献

### I.

Donabedian, Avedis.: Evaluating the quality of medical care. The Milbank memorial fund quarterly 1966; 44(3): 166-206.

Donabedian, Avedis.: The quality of care: How can it be assessed?. 1988; Jama260.12: 1743-1748.

Avedis Donabedian (著) 東 尚弘 (翻訳): 医療の質の定義と評価方法. NPO 法人健康医療評価研究機構 (iHope)、2007.

Brien, Susan E., and William A. Ghali.: Public reporting of the hospital standardized mortality ratio (HSMR): implications for the Canadian approach to safety and quality in health care. Open Medicine 2008; 2.3: e70.

OECD: Health policies and data

<http://www.oecd.org/els/health-systems/>

アメリカ メディケア (プロセスとアウトカムの測定指標) Medicare

List of Quality Measures

<https://www.medicare.gov/HomeHealthCompare/Data/List-Quality-Measures.html>

アメリカ メディケア・メディケイドサービスセンター

Centers for Medicare & Medicaid Services

Inpatient Rehabilitation Facility-prospective payment system (IRF-PPS)

<https://www.cms.gov/medicare/medicare-fee-for-service-payment/inpatientrehabfacpps/irfpai.html>

鄭丞媛, 井上祐介. 質に基づく支払い (Pay for performance : P4P) の動向と今後のあり方. 季刊社会保障研究. 2012; 48(2): 186-196

鄭丞媛, 近藤克則, 井上祐介. 米国における医療の質に基づく支払 (P4P) の動向と日本への示唆. 社会保険旬報. 2009; 2396: 10-15.

慶應義塾大学医学部リハビリテーション医学教室 訳: FIM—医学的リハビリテーションのための統一データセット—データセット利用の手引き (第3版). 医学図書センター、1991 [The Data management Service of the Uniform Data System for Medical Rehabilitation and the Center for Functional Assessment Research: Guide for use of the uniform data set for medical rehabilitation (Ver.3.0)].

State University of New York at Buffalo, New York, 1990]

イギリス 国立医療技術評価機構 (National institute for Health and Clinical Excellence; NICE)  
Standards and Indicators

<https://www.nice.org.uk/standards-and-indicators>

イギリス リハビリテーション・アウトカム・コラボレティブ  
(the UK Rehabilitation Outcomes Collaborative: the UK ROC)

<http://www.kcl.ac.uk/lsm/research/divisions/cicelysaunders/research/studies/ukroc/index.aspx>

堀真奈美：海外行政実態調査報告書 保健医療分野における VFM とアカウントビリティの確保に関する研究 イギリスの NHS・ソーシャルケア改革を事例として。2011；会計検査院。

[http://report.jbaudit.go.jp/effort\\_study\\_mag/2011\\_uk.pdf](http://report.jbaudit.go.jp/effort_study_mag/2011_uk.pdf)

Turner-Stokes, Lynne, et al. : Engaging the hearts and minds of clinicians in outcome measurement- the UK Rehabilitation Outcomes Collaborative approach. Disability and rehabilitation. 2012; 34(22) : 1871-1879.

ドイツ 医療品質・効率性研究機構 (Institute for Quality and Efficiency in Healthcare; IQWiG)  
general method

<https://www.iqwig.de/en/methods/methods-paper.3020.html>

フランス 医療機関の質と安全局 (Haute Autorité de santé; HAS)  
Assessment & Recommendation

[http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_2567683/en/portail-english-assessment-recommendation?portal=c\\_2567683](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2567683/en/portail-english-assessment-recommendation?portal=c_2567683)

Healthcare Research and Quality (AHRQ) : National Healthcare Quality & Disparities Reports

<http://www.ahrq.gov/research/findings/nhqrd/index.html>

NATIONAL QUALITY FORUM(NQF) : Measures, Reports & Tools

[http://www.qualityforum.org/Measures\\_Reports\\_Tools.aspx](http://www.qualityforum.org/Measures_Reports_Tools.aspx)

医療の質指標ポータルサイト

<http://quality-indicator.net/>

日本病院会 Q I プロジェクト

<https://www.hospital.or.jp/qip/qi.html>

全日本病院協会 医療の質の評価・公表等推進事業  
<http://www.ajha.or.jp/hms/qualityhealthcare/index.html>

国立病院機構 臨床評価指標 臨床評価指標  
[http://www.hosp.go.jp/treatment/treatment\\_rinsyo.html](http://www.hosp.go.jp/treatment/treatment_rinsyo.html)

済生会 平成 26 年度 医療・福祉の質の確保・向上等に関する指標  
[http://www.saiseikai.or.jp/about/clinical\\_indicator/h26/](http://www.saiseikai.or.jp/about/clinical_indicator/h26/)

全国国民医連 厚生労働省「医療の質の評価・公表等推進事業」【報告書】  
<http://www.min-iren.gr.jp/hokoku/hokoku.html>

独立行政法人 労働者健康福祉機構 臨床機能評価指標  
<http://www.rofuku.go.jp/shinryo/ci/tabid/885/Default.aspx>

公益社団法人全国自治体病院協議会 医療の質の評価・公表等推進事業 公表  
<https://www.jmha.or.jp/jmha/contents/info/137>

厚生労働省：医療施設動態調査（平成 27 年 1 月末概数）  
[http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/m15/dl/is1501\\_01.pdf](http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/m15/dl/is1501_01.pdf)

福井次矢（監）： Quality Indicator 2015 医療の質を測り改善するインターメディカ社. 2015.

## II.

日本医療機能評価機構：病院機能評価 機能種別版評価項目 リハビリテーション病院 3rdG:Ver. 1.1  
[http://jcqhc.or.jp/pdf/works/riha\\_v1.1.pdf](http://jcqhc.or.jp/pdf/works/riha_v1.1.pdf)

日本医療機能評価機構：病院機能評価 【付加機能評価 リハビリテーション機能（回復期）】評価項目 (Ver. 3.0)  
[http://jcqhc.or.jp/pdf/works/r\\_v3.pdf](http://jcqhc.or.jp/pdf/works/r_v3.pdf)

安藤徳彦，寺崎仁，根本明宜．医療機能評価機構におけるリハビリテーションの評価．総合リハビリテーション． 2010；38(12)：1135-1139

回復期リハビリテーション病棟協会：平成 27 年度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. 2016.

千野直一他編著： 脳卒中の機能評価 SIAS と FIM [基礎編]. 金原出版、2012

石川誠：回復期リハビリテーション病棟における質の評価. 総合リハビリテーション 2010; 38(12): 1141-1146

### Ⅲ.

厚生労働省：平成 28 年度診療報酬改定説明会(平成 28 年 3 月 4 日開催)資料等について

<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000112857.html>.

<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000105860.pdf>

Sonoda S, Saitoh E, Nagai S, Kawakita M, Kanada Y: Full-time integrated treatment program, a new system for stroke rehabilitation in Japan: comparison with conventional rehabilitation. American journal of physical medicine & rehabilitation 2004; 83(2): 88-93.

永井将太, 園田茂, 才藤栄一, 川北美奈子: The Full-time Integrated Treatment (FIT) program の効果. 総合リハビリテーション 2003; 31(2): 175-183.

A D L 評価法 FIM 講習会意見交換会 (HP は兵庫医科大学リハビリテーション医学教室の管理)

<http://FIM.sakura.ne.jp/>

Mahoney FI, Barthel DW: Functional evaluation: the Barthel index. Md State Med J 1965; 14: 61-5.

千野直一, 椿原彰夫, 園田茂, 道免和久, 高橋秀寿編著: 脳卒中の機能評価 SIAS と FIM [基礎編]. 金原出版、2012; pp81-82.

UDS (Uniform Data System): 医学的リハビリテーションのための統一データシステム

<http://www.udsmr.org/>

IRF-PAI Training Manual : 入院リハビリテーション施設の (医療費) 支払トレーニングマニュアル

<https://www.cms.gov/medicare/medicare-fee-for-service-payment/inpatientrehabfacpps/irfpai.html>

千野直一編： 現代リハビリテーション医学. 金原出版、1999 (第 1 版)、2004 (第 2 版)、2009 (第 3 版).

椿原彰夫：リハビリテーション医療における技術の進歩. 川崎医療福祉学会誌 増刊第 2. ; 2008: 7-14.

- 脳卒中治療ガイドライン策定委員会： 脳卒中治療ガイドライン 2015. 協和企画. 2015.
- 千野直一編： 脳卒中痙性麻痺のボツリヌス治療 フェノール神経ブロックを含めて. 金原出版、2011.
- 石濱裕規、都丸哲也、大高恵莉、千野尚地、金森宏、門馬博： 下肢ボツリヌス治療とリハビリテーション. PO アカデミージャーナル 2014; 22(2): 121-126.
- 正門由久： ボツリヌス療法とリハビリテーションの実践. 臨床神経学 . 2013; 53(11): 1261-1263.
- 日本リハビリテーション医学会ニュース No64. 2015.  
[http://www.jarm.or.jp/wp-content/uploads/file/member/member\\_RN64.pdf](http://www.jarm.or.jp/wp-content/uploads/file/member/member_RN64.pdf)
- 骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン作成委員会編： 骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン 2015 年版. pp82-83.
- 椿原彰夫： リハビリテーション医療における技術の進歩. 川崎医療福祉学会誌 増刊第 2. ; 2008: 7-14.
- 和田太： リハビリテーション訓練機器. 総合リハビリテーション. 2015; 43(8): 703-708.
- 狩野綾子： 脳卒中の治療用装具はあり得るか. 日本義肢装具学会誌. 2012; 228(2): 83-86.
- Schmalz T. et al.: A functional comparison of conventional knee-ankle-foot orthoses and a microprocessor-controlled leg orthosis system based on biomechanical parameters.. Prosthetics and orthotics international 2016;40(2): 277-286.
- 奥田正彦： 膝継手の歴史的変遷と今後の課題. 日本義肢装具学会誌. 2011; 27(1): 13-17.
- Burrige J, et al.: Phase II trial to evaluate the ActiGait implanted drop-foot stimulator in established hemiplegia. J Rehabil Med. 2007; 39(3): 212-218.
- Kobayashi Y, et al. : Pre-evaluated safe human iPSC-derived neural stem cells promote functional recovery after spinal cord injury in common marmoset without tumorigenicity. PloS one, 2012; 7(12); e52787.
- Zhang L et al. ; Rewiring of regenerated axons by combining treadmill training with semaphorin3A inhibition. Molecular brain 2014; 7: 14.



Nishiyama Y et al.: Safe and efficient method for cryopreservation of human induced pluripotent stem cell-derived neural stem and progenitor cells by a programmed freezer with a magnetic field. Neuroscience Research. 2016; (In press)

SKIP: Stemcell Information & Knowledge Portal.

<https://www.skip.med.keio.ac.jp/>

名越慈人, 中村雅也: 脊髄再生の最前線-基礎研究から臨床応用へ. 脊椎脊髄ジャーナル 2016; 29(4): 491-499.

長谷川和男: ブレインマシンインターフェースの現状と課題. 電子情報通信学会誌 2008; 91(12): 1066-1075.

Collinger JL, et al.: High-performance neuroprosthetic control by an individual with tetraplegia. The Lancet 2013; 381.9866: 557-564.

Velliste M, et al: Cortical control of a prosthetic arm for self-feeding. Nature 2008; 453.7198: 1098-1101.

Chino N, Muraoka Y, Ishihama H, Ide M, Ushijima R, Basford JR: Measurement of Ankle Plantar Flexor Spasticity Following Stroke —Assessment of a New Quantitative Tool—. J Rehabil Med. 2015; 47(8): 753-755.

厚生労働省: 平成 26 年度診療報酬改定資料

<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisaku-jouhou-12400000-Hokenkyoku/0000039891.pdf>

東京都福祉保健局: 地域リハビリテーション支援センター

[http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/iryo/sonota/riha\\_iryu/center\\_to.html](http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/iryo/sonota/riha_iryu/center_to.html)

高次脳機能障害情報・支援センター (国立障害者リハビリテーションセンター)

[http://www.rehab.go.jp/brain\\_fukyu/](http://www.rehab.go.jp/brain_fukyu/)

東京都福祉保健局: 高次脳機能障害者地域支援ハンドブック

第 5 章高次脳機能障害者を地域で支える仕組み

[http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/shinsho/tosho/hakkou/pamphlet/kojinohandbook.files/6\\_5shou\\_.pdf](http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/shinsho/tosho/hakkou/pamphlet/kojinohandbook.files/6_5shou_.pdf)

地域障害者職業センター (独立行政法人 高齢・障害・求職者雇用支援機構)

<http://www.jeed.or.jp/location/chiiki/>

地域包括ケア病棟協会：平成27年度地域包括ケア病棟の機能等に関する調査結果

<http://chiiki-hp.jp/katsudou/pdf/151123kaiken.pdf>

武久 洋三：日本慢性期医療協会 定例記者会見 資料（2014年（平成26年）10月9日）

<https://jamcf.jp/chairman/2014/chairman141009.pdf>

内閣府（官報）：地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律

[http://kanpou.npb.go.jp/20140625\\_old/20140625g00141/20140625g001410023f.html](http://kanpou.npb.go.jp/20140625_old/20140625g00141/20140625g001410023f.html)

#### IV.

鄭丞媛，近藤克則，井上祐介：リハビリテーションにおける「医療の質の評価指標」の開発に向けた因子分析. 日本医療経営学会誌. 2010; 4(1), 43-49.

鄭丞媛.: リハビリテーションにおける「医療の質の評価指標」の開発の試み. 豊かな高齢社会の探求 調査研究報告書; 2011: 19

一般社団法人 東京都病院協会  
診療情報管理委員会

豊島病院	山口 武兼 (委員長)
	池亀 正敏
永生病院	安藤 高朗
	荒川 直子
	石濱 裕規 (指標作成・報告書担当)
河野臨牀医学研究所	横山 孝
	小林 豊 (指標作成担当)
亀有病院	石川 博久
新葛飾病院	玉置 薫
東京都健康長寿医療センター	永岩 享貴
永寿総合病院	西田 龍平
駒沢診療所	山崎 博光

平成 28 年 4 月 18 日発行

**一般社団法人東京都病院協会**

〒100-0003 東京都千代田区一ツ橋 1-2-2

住友商事竹橋ビル 12 階

TEL : 03-5217-0896 FAX : 03-5217-0898

MAIL : [tmha@mri.biglobe.ne.jp](mailto:tmha@mri.biglobe.ne.jp)