

続・「わからない」から始めるヘルスケア (その3)

あおやま たつふみ
青山 竜文

株式会社日本政策投資銀行設備投資研究所 上席主任研究員

本連載では、個々の医療機関や介護事業者の行動原理と、地域における医療や介護の質との関係性を考えていますが、今回は現行の制度において、経営と質が深く繋がっている、もしくは繋がりは始めている分野に焦点を当てます。それはリハビリテーション及び科学的介護と呼ばれる分野です。

1. アウトカムと診療報酬が連携している分野

例えば交通外傷や脳血管疾患が発生した後、急性期といわれる時期を経て、その後回復期に入りますが、ここで患者はリハビリテーションを受ける形となります。この医療に対応するのが、回復期リハビリテーション（以下、回復期リハ）と呼ばれる病床であり、回復期リハにおいて FIM という概念があります。これは Functional Independence Measure という言葉の略で、ADL（日常生活動作）の評価

法の一つです。具体的には、図1で示すように18の項目を各々7段階で評価する形です。

従来からこの概念は存在しますが、2016年の診療報酬改定時に、回復期リハにおける診療報酬の高い区分を申請する際、FIMの改善度合が要件の一つとなりました。診療報酬というのは事細かにその要件が定まっているのですが、「この治療に沿った、こういう体制での医療行為に何点」という形が一般的です。「FIMの改善度合」というアウトカムの要素が導入されたことにより、看護師やリハスタッフが何名といった点や、重症患者が何割という点に加えて、その治療度合も診療報酬とリンクする形になったことはリハビリテーションの分野においては大きなメッセージでした。

具体的には、医療機関が回復期リハビリテーション病棟入院料1～2を得るためには、重症者¹の割合が一定値（3割）以上で、かつ、重症者における

図1 FIMによるADL評価

- ✓ 「運動ADL」13項目と「認知ADL」5項目で構成
- ✓ 各7～1点の7段階評価（合計：126点～18点）

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																	

(出典：中央社会保険医療協議会 診療報酬改定結果検証部会（第54回）資料より)

¹ 日常生活機能評価10点以上又は FIM 総得点55点以下

【青山竜文氏のプロフィール】

(株)日本政策投資銀行設備投資研究所 上席主任研究員

1996年日本開発銀行（現・日本政策投資銀行）入行。2005年米国スタンフォード大学経営大学院留学（経営工学修士）を経て、2006年よりヘルスケア向けファイナンス業務立ち上げに参画し、以降同業務に従事してきた。2021年（一財）日本経済研究所常務理事を経て、2022年より現職。著書に『再投資可能な医療』『医療機関の経営力』（きんざい）。

退院時の日常生活機能評価が「3割以上の患者に対して4点（FIM 評価で16点）以上改善」することという形になっています（この評価はあくまで診療報酬の要件の一つであり、入院料の区分自体は6段階に分かれています）。

この数字をみると、回復期リハ病棟の総患者数に対して、表1でBに区分されている水準の重症患者は3～5%前後であり、この重症患者のうち約7割がFIM 総得点などで一定の改善（表1でCの区

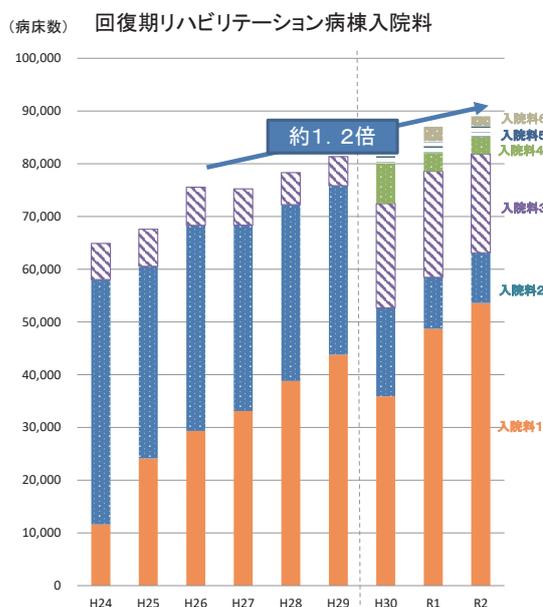
2. 回復期リハの病床数及び患者数推移

では、入院料の区分が6段階あるうち入院料1を申請している病床は全体のどの程度でしょうか？図2でわかる通り、入院料1を申請している病床は、令和2年度段階で6割近い水準となっており、回復期リハの病床としてはメジャーな存在となりました。

入院料1の診療報酬が2,119点（21,190円/日）、入院料6の診療報酬が1,678点（16,780円/日）と4,000円以上の差がついていることを思うと、非常に大きな誘導効果があったといえるでしょう。

その回復期リハで象徴的数値となったFIM が改善した患者数はどの程度存在しているのでしょうか。表1は令和3年度の病床機能報告から作成したものです。

図2 回復期リハビリテーション病床数推移



(出典：中央社会保険医療協議会総会 第496回資料より)

表1 回復期リハ病棟における患者数（令和3年度）²

	(A) 過去1年間の総退院患者数	合計値に占める割合	(B) うち、入院時の日常生活機能評価が10点以上又はFIM 得点で55点以下であった患者数	総患者数に占める割合 (B/A)	(C) うち、入院時に比較して退院時（転院時を含む）の日常生活機能評価が3点以上又はFIM 総得点で12点以上改善していた患者数	総患者数に占める割合 (C/A)	C/B
北海道・東北	141,110	12.7%	4,561	3.2%	2,503	1.8%	54.9%
関東（東京・神奈川）	116,531	10.5%	6,336	5.4%	4,876	4.2%	77.0%
関東（東京・神奈川以外）	113,217	10.2%	6,599	5.8%	5,464	4.8%	82.8%
中部	200,266	18.0%	7,148	3.6%	4,361	2.2%	61.0%
近畿	195,117	17.6%	10,588	5.4%	7,856	4.0%	74.2%
中国・四国	153,540	13.8%	5,457	3.6%	4,069	2.7%	74.6%
九州・沖縄	189,866	17.1%	8,640	4.6%	6,276	3.3%	72.6%
合計	1,109,647	100.0%	49,329	4.4%	35,405	3.2%	71.8%

(出典：厚生労働省・令和3年度病床機能報告より筆者作成)

² 令和3年度病床機能報告から回復期と機能申請している病棟を便宜上回復期リハ病棟と区分し、その中で表1のA, B, Cにつき数値報告がなされているデータの合算。

分)を示した、ということになります。

入棟時のFIMの低下(重症患者の入院比率の上昇)が2016年度以降みられる³など制度導入後に明確なインパクトがある一方、FIMの入力時の正確性やFIM以外の指標の利用推奨といった点など当然ながらさまざまな議論がありますが、少なくとも入棟時からのFIM改善幅の上昇などについては目に見える成果が出ています。

一方、病院側の経営面でのインパクトを考えると、回復期リハ病床の診療報酬は例えば入院料6と比べ入院料1の単価は26%ほど高いため、必要となる看護職員及びリハビリ専門職が増え、固定費の増加があったとしても十分に見合うものです。

とはいえ、地域で回復期リハを利用する患者が無限に増加することはありません。重症患者数は地域でも限られているので、この数を一定以上確保し、(ここでは触れませんが)リハビリテーション実績指数という別途の要件をクリアする医療機関の数はある程度に収まってくることは明白であり、結果として入院料1をクリアする回復期リハ病床数もある範疇に収れんしてくるでしょう。

3. FIM 導入に関する考察

先程申し上げたように、FIM 値を踏まえた治療の推進はアウトカムを価格に組み入れた施策として特徴的なものです。同時に、その成果と投入したコストの「費用対効果」の検証も必要となってくるでしょう。

例えばFIMに関して図2をみると、入院料の低い区分から入院料1に切り替わった病床数に単価の増分を掛け合わせた金額が新たに投入されたコストとなります。この多くは人件費などに流れますが、結果として手厚い体制で診療がなされ、その結果生

じるアウトカムの改善がある程度バランスする形となります。

一方、効果という意味では、FIM 値が改善することによる患者が受ける価値の総和ということになるでしょうから、そのバランスをみるのが、一義的には施策としての費用対効果分析になります。

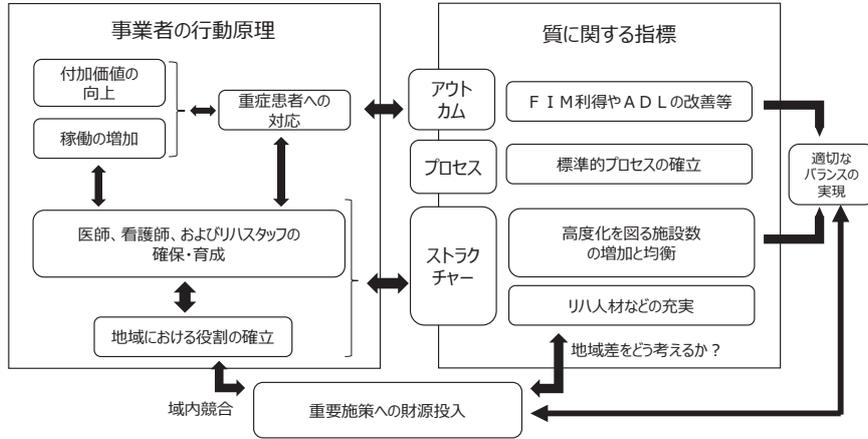
しかし、同時に注目したいのは、図2で明らかのように、回復期リハという病床の構成が大幅に変化したという事実です。結果論かもしれませんが、アウトカム評価の導入を梃子に医療体制の再構築が実現した側面があります。というのも、地域医療構想策定という動きのなかで日本では回復期リハ病床が少ないとされ、もう少し踏み込んでいえば、急性期以降の病院区分において機能を明確化できている病床が少ない、という課題がありました。それが、アウトカムを見据えた診療報酬形態を導入するなかで、重症化対応などより機能を明確化した地域での病床構成を実現する方向に持ってきたことは、その価値の正確な評価は難しいですが、意義があることでしょう。

4. アウトカムへの意識と地域差

以上を踏まえ、個々の医療機関や介護事業者の行動原理と医療や質の関係を考察します。事業者の行動原理としては、例えば回復期リハ病床を有する病院などはアウトカムと入院単価が直結するので、リソースを投入するインセンティブは非常に強くなります。一方で、投入したリソースが生み出すアウトカムの改善は高度な機能を有する病床数などにも影響を及ぼしますので、その結果生まれたストラクチャーがバランスの取れたものになる必要があります。そのバランスを生み出すのに、どの程度財源を投入するかがポイントです。

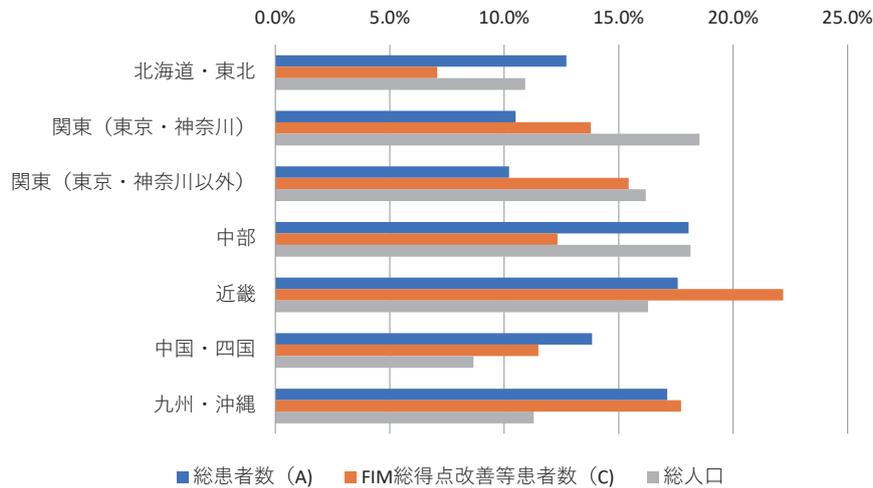
³ 厚生労働省「令和3年度 入院医療等の調査・評価分科会 とりまとめ」参考資料
https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000183658_00032.html

図3 事業者の行動原理と質に関する指標（回復期リハを題材に）



(筆者作成)

図4 回復期リハ病棟の総患者数等の人口対比



	(A) 過去1年間の回復期リハ病棟における総退院患者数	合計値に占める割合	(C)うち、入院時に比較して退院時(転院時を含む)の日常生活機能評価が3点以上又はFIM総得点で12点以上改善していた患者数	合計値に占める割合	地域別総人口(千人)	合計値に占める割合
北海道・東北	141,110	12.7%	2,503	7.1%	13,702	10.9%
関東(東京・神奈川)	116,531	10.5%	4,876	13.8%	23,246	18.5%
関東(東京・神奈川以外)	113,217	10.2%	5,464	15.4%	20,315	16.2%
中部	200,266	18.0%	4,361	12.3%	22,767	18.1%
近畿	195,117	17.6%	7,856	22.2%	20,439	16.3%
中国・四国	153,540	13.8%	4,069	11.5%	10,857	8.7%
九州・沖縄	189,866	17.1%	6,276	17.7%	14,174	11.3%
合計	1,109,647	100.0%	35,405	100.0%	125,502	100.0%

(出典：図1と同じ 総人口は国勢調査より)

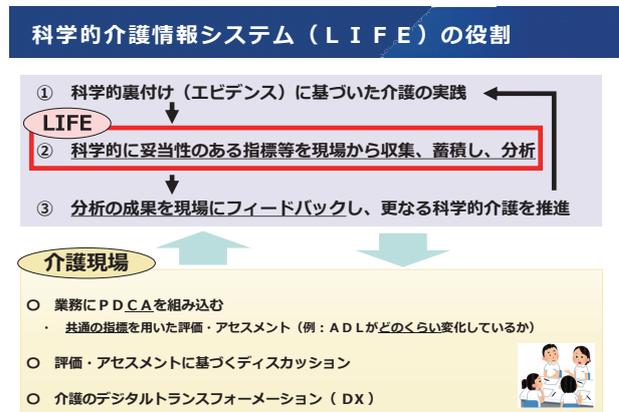
また、こうした動きにはどうしても地域差を生じさせます。図4は、表1を改めて人口対比で見比べたものです。

回復期リハ病棟における総患者数は西に行くほど

割合を増やします。またFIM等が改善した患者数について近畿及び九州・沖縄エリアが目立つ格好となっています。

一方で、この表で目立つのは、北海道・東北エリ

図5 LIFEの役割



（出典：厚生労働省 HP より）

アや中部エリアにおける「改善した重症患者数」（図4でCの区分）の割合の低さでしょう。総患者数自体は人口対比で少なくないのですが、こうした差が生じるということは、アウトカムの改善に対応しうる人材がその地域で不足している可能性が示唆されます。

こうした課題を補完する術があるとするれば、地域間でアウトカムの差が生じた場合、一定のエリアで括り、当該地域での人材開発に財源を投入することなどでしょう。医師の地域偏在を解消することは容易ではありませんが、看護師やリハスタッフの地域における（人口当たりの）人数差は医師ほど差が生じないことを考えると、一定の対応は可能と考えます。

5. LIFEの導入

さて、より近年となり2021年から介護分野においてLIFEと呼ばれるシステムの活用が始まりました。これは既存のVISIT⁴とCHASE⁵というシステムを統合したもので、LIFEとはLong-term care Information system For Evidenceの略語です。介護サービス利用者の状態や、介護施設・事業所で行っているケアの計画・内容などを一定の様式に入力するとこれが厚生労働省へ送信され、入力内容が分析されて、当該施設等にフィードバックされる情報システムです。介護事業者からみると、自身の事業のPDCAサイクルを回すための活用ツールという位置づけになります（図5参照）。

例えばリハビリテーションでも、回復期より後の時期は維持期・生活期と区分され、主に介護保険の対象となってきます。そして、リハビリテーションに限らず、介護保険分野は医療と比べてもエビデンスに基づいた対処ができていないのではないかと

いう問題意識があったことから、2017年より厚生労働省にて「科学的裏付けに基づく介護に係る検討会」という会合がスタートし、結果としてこのLIFEの活用に結実しました。今後、順次、データが蓄積されるにつれ、そのデータを分析し、利用者の状態ごとの「特徴・注意事項・効果的な介入」等を研究したうえでフィードバックしていくことを目指す、と発表されています。

とはいえLIFEはまだ普及段階にあるため、システムの利用促進を行う過程にあり、令和3年の介護報酬改定では、俗にいうLIFE関連加算という形でさまざまな加算が設けられました。少し古いデータですが、令和3年12月24日時点では、訪問系サービス及び居宅介護支援事業所においては、LIFE登録済み事業者数が25,168、LIFE未登録事業者数が67,369となっており、登録済み事業者数は全体の27%ですが、今後この数字が増えていくことは想像に難くありません。

現時点では、専門媒体等にて取り上げられる事業者及び周辺事業者の声として、手間暇がかかること、実務に活用し得るフィードバックなどが少ないことが取り上げられるケースも多く、明確に診療報酬とアウトカムが紐づいている回復期リハと比較す

⁴ 通所・訪問リハビリテーション事業所から、リハビリテーションの情報収集を行うシステム（2017年度から）

⁵ 全ての介護サービスを対象として、高齢者の状態やケアの内容等の情報を収集するシステム（2020年度から）

ると、まだ定着には時間がかかりそうです。また FIM の活用とは異なり、まだ LIFE に集められたデータやアウトカムに介護報酬が紐づいているわけではありません。ただし、エビデンスに基づいた介護とは何か、という議論が今後なされていくことは期待できるでしょう。

6. 科学的介護の展開に関して

前回、今回と続く話の流れは、医療・介護分野に存在する課題である「機能性を有した後方病床の拡大」「医療と介護の複合ニーズの高まり」にどう対応していくか、という話と繋がっています。アウトカムと診療報酬や介護報酬がリンクした場合、地域でのアウトカム改善をもたらすことは可能でしょうが、相応の財源が必要となるのは明白です。前回の認知症対応も、今回取り上げた回復期リハも、施策としては明示的な方向性が打ち出されているなかで、上述のように「そうは言っても地域差が出るのではないか」という点や、(前回記したように)「地域ニーズの明確な把握をしきれていないのではないか」という点を指摘しているだけであり、財源が投入されているからこそ次なる課題が見えてくる、という話です。

回復期リハについていえば、総患者数における重症患者の割合を考えた際に、どこまでのコストを投入してその改善を目指すのか、また結果として、こうした対応をし得る病院の数がオーバーシュートしているかどうか、といった点の議論も必要です。

これと同じような観点が、今後、LIFE を用いた介護の科学的展開のなかでは必要になってくるでしょう。そのためにはまず「ニーズの把握」が必要です。介護利用者やその家族は「質の高い」介護を受けたいと願いますが、「質の高さ」を明確に把握する術が介護の領域では十分に(少なくとも日本では)発展していません。回復期リハの分野では、こ

れがある程度明示的に示されている、という点は大きなところ です。

そうした動きをとるために、LIFE の情報から、単に介護のプロセスとアウトカムにおけるベストエフォートを導き出すだけでなく、質の評価基準の明示もできれば、「その機能が提供できる介護事業者は誰か」ということを利用者側が把握することができるようになります。欧米で確立されている QI (Quality Indicators) なども踏まえて、介護の質の基準を示していくことが必要でしょう。

ただし、回復期のリハビリテーションを提供する医療機関とは異なり、介護についてはその行為を行える事業者がさまざまな業態で存在していることには留意が必要です(認知症対応の状況と少し似た部分もありますし、当然ながら重なる部分もあります)。「質の高さ」の定義を定め、それを超えるパフォーマンスを示す事業者に報酬上のインセンティブを与える形をとった場合、どのような規模で各事業者が高い報酬を得られる形に移行するか、回復期リハと比較してもその移行は非常に大きなものとなるでしょう。そうしたインセンティブが付与されることに至るかどうかは全くわかりませんが、適切な判断が必要になることは確かです。

本稿のテーマである「事業者の活動が地域医療・介護の質とうまくリンクする KPI を考える」際、適切なアウトカムの設定が必要であり、回復期リハへの対応はその一つの方法論を示していますが、介護分野でも同様に、的確なニーズ把握に基づいた指標の設定が必要と考えます。そして、その実現に向けた財源投入の是非を議論しつつ、科学的介護を展開させることができれば、結果として医療・介護の複合ニーズへの調整など医療・介護体制の再構築に繋げることもできるのではないかと期待するところです。