

## Editorial

## 回復期リハビリテーションのアウトカム指標

園田 茂<sup>1</sup><sup>1</sup>回復期リハビリテーション病棟協会 会長

Sonoda S. Outcome indicators in comprehensive inpatient rehabilitation. Jpn J Compr Rehabil Sci 2017; 8: 1-3.

日本が高齢社会を克服していくためには、疾病や不働後に生じる障害への対応が必要である。その有力な手段がリハビリテーション（以下、リハ）であることは論を待たない。ここで大切なのはリハが最適に機能しているかである。今、リハの質が問われている。Donabedian は医療の質を構造、過程、結果（成果、アウトカム）の3要素に分けて検討することを提唱している [1]。これをリハに適用すると、構造として療法士数や訓練室面積など、過程として訓練内容決定の流れやカンファレンス実施、アウトカムとしてADL得点の入退院変化や在宅復帰率などが挙げられる。

回復期リハ病棟に関する診療報酬制度にはアウトカム評価が導入されてきた。日常生活機能評価の改善点数が回復期リハ入院料の基準の一つとして採用されるなどである。2016年の診療報酬改定においてはさらに、病院が患者一人当たり一日2時間より多くのリハ料を請求して良いかの基準として実績指数が導入された。この実績指数の概念を例としてアウトカム指標の利点、欠点を改めて考えてみたい。

実績指数の算出にはFIM (Functional Independence Measure) [2] を用いる。そのFIMにおいては運動項目合計の利得を在院日数で除して算出するFIM運動項目効率の一つの指標として用いられてきた。FIM運動項目効率を何らかのアウトカム比較に用いる場合、患者群の特性に注意する必要がある [3]。2015年度の回復期リハ病棟実態調査結果を借りてその実例を示す。

図1aはデータの整っていた脳血管系の16,101名、整形系の14,971名、廃用の2,508名を対象にしたFIM運動項目効率のボックスプロットである。入院時FIM運動項目合計点13点、14点、…、91点それぞれで描画してある。全般に整形系が高めの中央値を示すことが分かる。疾患によりFIM運動項目効率が異

なってくるのであれば、疾患の混在比率が異なる病棟間でのFIM運動項目効率の平均や中央値の比較は無意味ということになる。

さらに入院時FIM運動項目合計が低いまたは高い患者層のFIM運動項目効率が低いことにも注意が必要である。当然ながら障害が重度な患者に対するリハは重要であり、そこに注力する病棟に対するアウトカム評価が低くならない。FIM運動項目効率を群比較に用いる場合、各群の患者層が均一である必要がある。

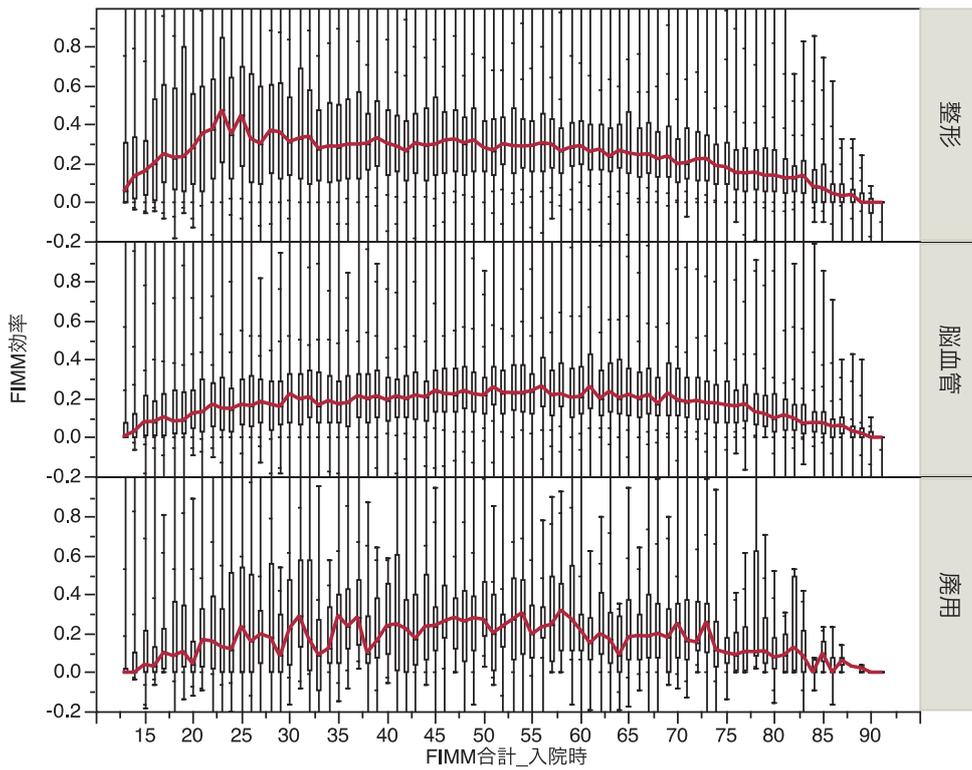
疾患毎に標準的な在院日数は異なっており、疾患別のFIM運動項目効率の違いを生じさせている。その補正をFIM運動項目効率に加えたのが実績指数である。実績指数では在院日数のかわりに、在院日数を定められた標準算定日数（例えば脳卒中であれば150日または180日、大腿骨骨折後であれば90日）で除した値を用いる。実際の実績指数は病院単位で計算するため、全患者のFIM運動項目利得の合計を、全患者の補正された標準算定日数の合計で除して求める。さらにFIM運動項目の低い患者や高い患者、FIM認知項目の低い患者、高齢者などを30%までの範囲内で除外して計算して良いことになっている。このエディトリアルでは、実際の実績指数の計算法ではなく、各患者で同様の値を出し、それを補正FIM運動項目効率と称して以下の情報を提示する。

補正FIM運動項目効率のボックスプロットを図1aと同条件で図1bに示す。FIM運動項目効率と比べ、補正FIM運動項目効率では脳血管系と整形系の差がほとんどなくなったことがわかる。すなわち、疾患が混在する病棟においても、補正FIM運動項目効率でならADL効率の代表値を求めることが可能となろう。ただし、解決しなければならない問題が残されている。一つは、疾患毎の調整目的で用いられる標準算定日数が妥当な数値かどうかである。回復期リハ病棟においてほとんどの患者がその標準算定日数以内に退院していることは根拠の一つとなろう。しかし診療報酬が減る前に恣意的に退院させる可能性を考慮すれば、標準算定日数の根拠は別に求められなければならない。

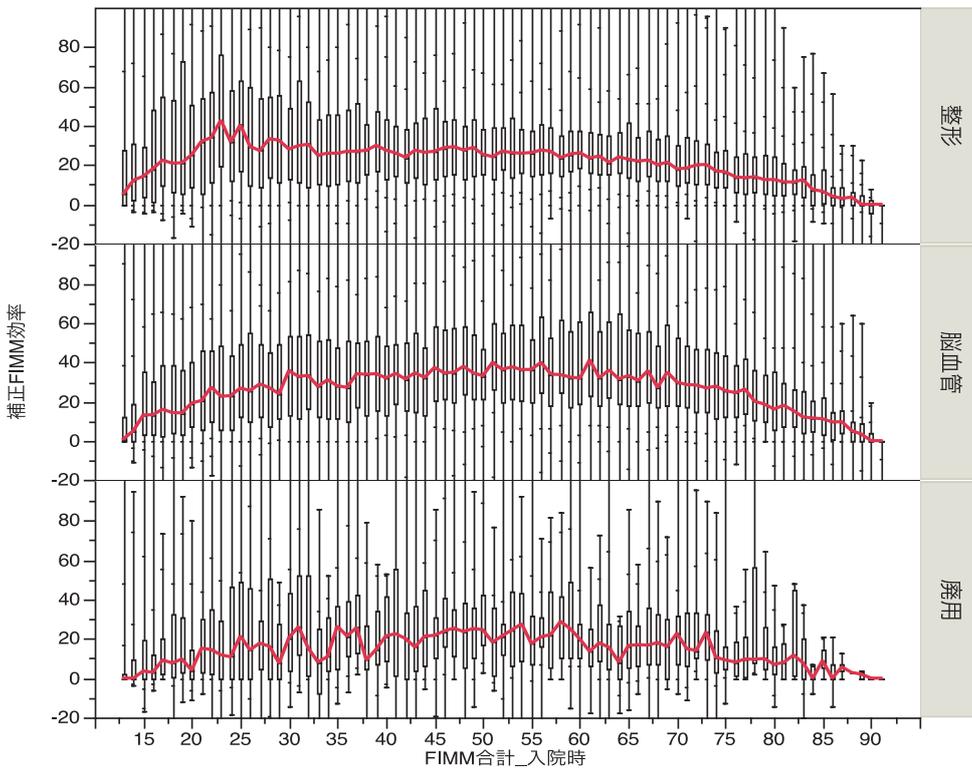
補正FIM運動項目効率自体の妥当性を検証してしまうのも一つの手段である。年齢が高齢になるほど、リハのアウトカムは低くなると考えられる。その関係性を用いて、FIM運動項目効率と補正FIM運動項目効率のいずれのほうか考えてみる。図2では年齢を5区分にして、FIM運動項目効率と補正FIM

著者連絡先：園田 茂  
回復期リハビリテーション病棟協会  
〒110-0015 東京都台東区東上野 1-28-9 キクヤビル5階  
E-mail : doctor.sonoda@nifty.ne.jp  
2016年11月19日受理

本研究において一切の利益相反や研究資金の提供はありません。



(a)



(b)

図 1 (a) FIM 運動項目効率の中央値と四分位点、(b) 補正 FIM 運動項目効率の中央値と四分位点。

中央の四角形の上下が四分位点，その中の横線が中央値を示す。中央値を赤で結んである。

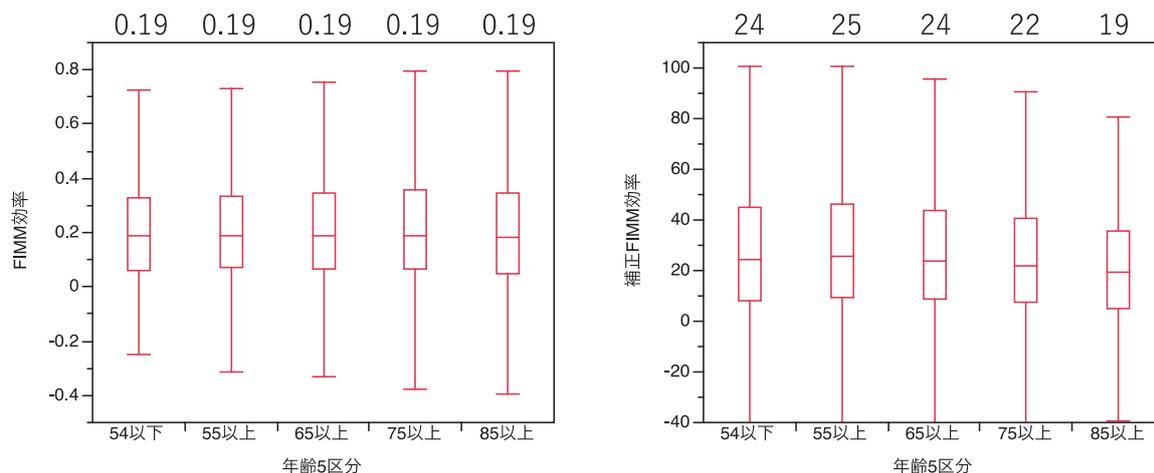


図2. アウトカム指標への年齢層の影響

中央の四角形の上下が四分位点，その中の横線が中央値を示す。補正 FIMM 効率「年齢が高くなるほど ADL 関連のアウトカム指標が低くなる」という予見に添っている。

運動項目効率の中央値，四分位点を示している。補正 FIM 運動項目効率のほうが高齢になるほど低値を示し，上記予見と合致する。宮井は，2015 年度の回復期リハ病棟実態調査結果を用いてリハ訓練単位と実績指数，病院機能評価認定と実績指数の正の関連を示しており [4]，補正 FIM 運動項目効率の有用性を示す根拠となろう。

以上，実績指数は現時点でもそれなりの妥当性を有すると考えられるが，患者特性に関わる問題をすべて解決しているわけではない。現時点では回復期リハの評価として過程評価を主体としつつ，補正 FIM 運動項目効率にさらなる検討を加えることでリハの質を高めるツールを充実させていくべきであろう。

## 文献

1. Donabedian A: The quality of care. How can it be assessed? JAMA 1988; 260: 1743-48.
2. 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. version 3.1, State University of New York at Buffalo, Buffalo, 1990.
3. Sonoda S: How do we carry out high density and intensity rehabilitation? Jpn J Rehabil Med 2006; 43: 739-42.
4. Miyai I: Result and application of Annual Survey for Kaifukuki Rehabilitation Ward 2015. Kaifukuki Rehabil 15(2): 6-20, 2016.