

日本慢性期医療協会定例記者会見

日時：令和3年6月24日16:30～

場所：Web会議システム「Zoom」使用



日本慢性期医療協会

JAPAN ASSOCIATION OF MEDICAL AND CARE FACILITIES

「FIM利得」から

「BI利得」に変えませんか？

リハビリテーション環境が大きく変化している

- ◆ 1966年に日本で初めて理学療法士、作業療法士が誕生し、
- ◆ 1987年に新設された介護老人保健施設にPTまたはOTを1人必置の要件が定められ、一気にPT、OTの需要が高まった。
- ◆ リハビリテーション療法士の養成校は急増し、1999年から2017年までわずか20年足らずでリハビリ療法士は約7倍に増えた。
- ◆ 2000年に「回復期リハビリテーション病棟」が新設されると、入院患者の在宅復帰に大きく貢献し、大きく評価された。そしてリハビリテーション医学の発展とともに一気に医療の中心に躍り出た。

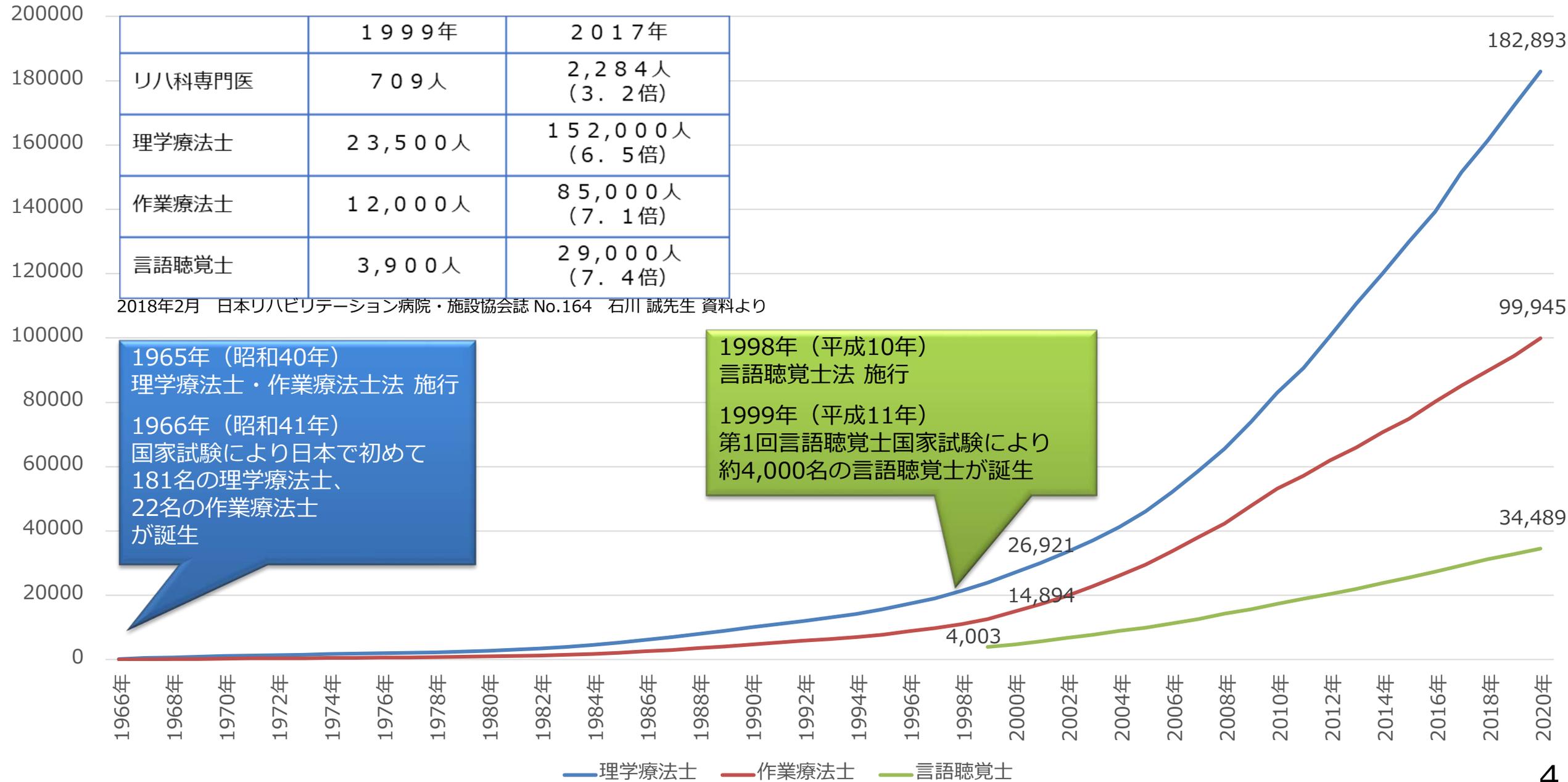
理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の推移

	1999年	2017年
リハ科専門医	709人	2,284人 (3.2倍)
理学療法士	23,500人	152,000人 (6.5倍)
作業療法士	12,000人	85,000人 (7.1倍)
言語聴覚士	3,900人	29,000人 (7.4倍)

2018年2月 日本リハビリテーション病院・施設協会誌 No.164 石川 誠先生 資料より

1965年（昭和40年）
理学療法士・作業療法士法 施行
1966年（昭和41年）
国家試験により日本で初めて
181名の理学療法士、
22名の作業療法士
が誕生

1998年（平成10年）
言語聴覚士法 施行
1999年（平成11年）
第1回言語聴覚士国家試験により
約4,000名の言語聴覚士が誕生



医療にも介護の要素が必要となり介護にも医療の要素が必要となっていており、医療と介護が密接につながってきている。

- ◆ リハビリテーション療法士が一気に増えたことにより、医療分野を中心としたリハビリテーション提供体制が、介護分野に拡大している。
- ◆ 2019年から医療保険における疾患別リハビリテーションの算定日数上限を超えた維持期（生活期）リハビリテーションについて、要介護者の外来リハビリテーションは介護保険サービス（通所・訪問リハビリテーション等）へ移行された。
- ◆ 2021年度介護報酬改定では、重点項目の一つとして「自立支援・重度化防止」が掲げられており、科学的介護の推進とともに、介護分野においてもリハビリテーションのアウトカムが求められ、その評価方法について検討することとされている。

医療保険と介護保険におけるリハビリテーション

- ◆BIは長らくリハビリテーション領域で最も用いられるADL評価法であった。現在、回復期リハビリテーション病棟では診療報酬制度に関連してFIMが主体となっているものの、生活期では、BIを求められる場合も多い

(藤田保健衛生大学七栗記念病院 園田 茂氏 JPN J Rehabil Med Vol.55 No.9 2018より)

	FIM (Functional Independence Measure)	BI (Barthel Index)
ADL評価の内容	<u>している</u> ADL	<u>できる</u> ADL
認知項目	あり	なし
点数	126点満点	100点満点
評価項目	運動13項目・認知 5項目 計18項目	10項目
難易度	難しい	簡単
評価にかかる時間	やや長い	短い

FIM評価票				
運動	セルフケア	1	食事	各項目を7段階（1点~7点）で評価
		2	整容	
		3	清拭・入浴	
		4	更衣(上半身)	
		5	更衣(下半身)	
		6	トイレ	
	排泄	7	排尿コントロール	
		8	排便コントロール	
	移乗	9	ベッド、椅子、車椅子	
		10	トイレ	
	移動	11	浴槽・シャワー	
		12	歩行・車椅子	
		13	階段	
運動項目計				
認知	コミュニケーション	1	理解	各項目を7段階（1点~7点）で評価
		2	表出	
		3	社会的交流	
	社会	4	問題解決	
		5	記憶	
認知項目計				
合計				126点満点

BI評価票					
1	食事		10点	5点	0点
2	車椅子からベッドへの移動	15点	10点	5点	0点
3	整容			5点	0点
4	トイレ動作		10点	5点	0点
5	入浴			5点	0点
6	歩行	15点	10点	5点	0点
7	階段昇降		10点	5点	0点
8	着替え		10点	5点	0点
9	排便コントロール		10点	5点	0点
10	排尿コントロール		10点	5点	0点
合計		100点満点			

FIM (Functional Independence Measure) の概要			
点数	介助者	手助け	手助けの程度
7点	不要	不要	完全自立
6点	不要	不要	修正自立 時間がかかる。 装具や自助具が必要。 投薬している。 安全性の配慮が必要
5点	必要	不要	監視・準備・指示・促しが必要。
4点	必要	必要	最小介助 75%以上自分で行う
3点	必要	必要	中等度介助 50%以上75%未満自分で行う
2点	必要	必要	最大介助 25%以上50%未満自分で行う
1点	必要	必要	全介助 25%未満しか自分で行わない

BI (Barthel Index) の概要		
項目	点数	判定基準
食事	10	自立、手の届くところに食べ物を置けば、トレイあるいはテーブルから1人で摂食可能、必要なら介護器具をつけることができ、適切な時間内で食事が終わる
	5	食べ物を切る等、介助が必要
	0	全介助
移乗	15	自立、車椅子で安全にベッドに近づき、ブレーキをかけ、フットレストを上げてベッドに移り、臥位になる。再び起きて車椅子を適切な位置に置いて、腰を掛ける動作がすべて自立
	10	どの段階かで、部分介助あるいは監視が必要
	5	座ることはできるが、移動は全介助
	0	全介助
整容	5	自立 (洗面、歯磨き、整髪、ひげそり)
	0	全介助
動作 トイレ	10	自立、衣服の操作、後始末も含む。ポータブル便器を用いているときは、その洗浄までできる
	5	部分介助、体を支えたり、トイレトペーパーを用いることに介助
	0	全介助
入浴	5	自立 (浴槽につかる、シャワーを使う)
	0	全介助
歩行	15	自立、45m以上歩行可能、補装具の使用はかまわないが車椅子・歩行器は不可
	10	介助や監視が必要であれば、45m平地歩行可
	5	歩行不能の場合、車椅子をうまく操作し、少なくとも45mは移動できる
	0	全介助
階段 昇降	10	自立、手すり、杖などの使用はかまわない
	5	介助または監視を要する
	0	全介助
着替え	10	自立、靴・ファスナー、装具の着脱を含む
	5	部分介助を要するが、少なくとも半分以上の部分は自分でできる。適切な時間内にできる
	0	全介助
ト排 口使 コ ルン	10	失禁なし、浣腸、坐薬の取り扱いも可能
	5	時に失禁あり、浣腸、坐薬の取り扱いに介助を要する
	0	全介助
ト排 口尿 コ ルン	10	失禁なし
	5	時に失禁あり、収尿器の取り扱いに介助を要する場合も含む
	0	全介助

日常生活機能評価表

患者の状況	得 点		
	0 点	1 点	2 点
床上安静の指示	なし	あり	/
どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	できる	できない	/
寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない
起き上がり	できる	できない	/
座位保持	できる	支えがあればできる	できない
移乗	できる	見守り・一部介助が必要	できない
移動方法	介助を要しない移動	介助を要する移動 (搬送を含む)	/
口腔清潔	できる	できない	/
食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
他者への意思の伝達	できる	できる時とできない時がある	できない
診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	/
危険行動	ない	ある	/
※ 得点：0～19点 ※ 得点が低いほど、生活自立度が高い。		合計得点	点

回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準等について

- 回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準について、以下のとおり見直す。
- 入院料1及び入院料3におけるリハビリテーション実績指数の見直し
 - 管理栄養士の配置に係る要件の見直し 等

	入院料1	入院料2	入院料3	入院料4	入院料5	入院料6
医師	専任常勤1名以上					
看護職員	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					
リハビリ専門職	専従常勤のPT3名以上、 OT2名以上、ST1名以上		専従常勤の PT2名以上、OT1名以上			
社会福祉士	専任常勤1名以上		-			
管理栄養士	専任常勤1名	専任常勤1名の配置が望ましい				
リハビリ計画書の栄養項目記載	必須	管理栄養士が配置されている場合:実施することが望ましい				
リハビリテーション実績指数等の 院内掲示等による公開	○					
データ提出加算の届出	○			○(※経過措置あり)		
休日リハビリテーション	○		- ※休日リハビリテーション提供体制加算あり			
「重症者」(*1)の割合	3割以上		2割以上		-	
重症者における 退院時の日常生活機能評価 ※()内は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	-	30以上	-
点数	2,129点	2,066点	1,899点	1,841点	1,736点	1,678点
※()内は生活療養を受ける場合	(2,115点)	(2,051点)	(1,884点)	(1,827点)	(1,721点)	(1,664点)

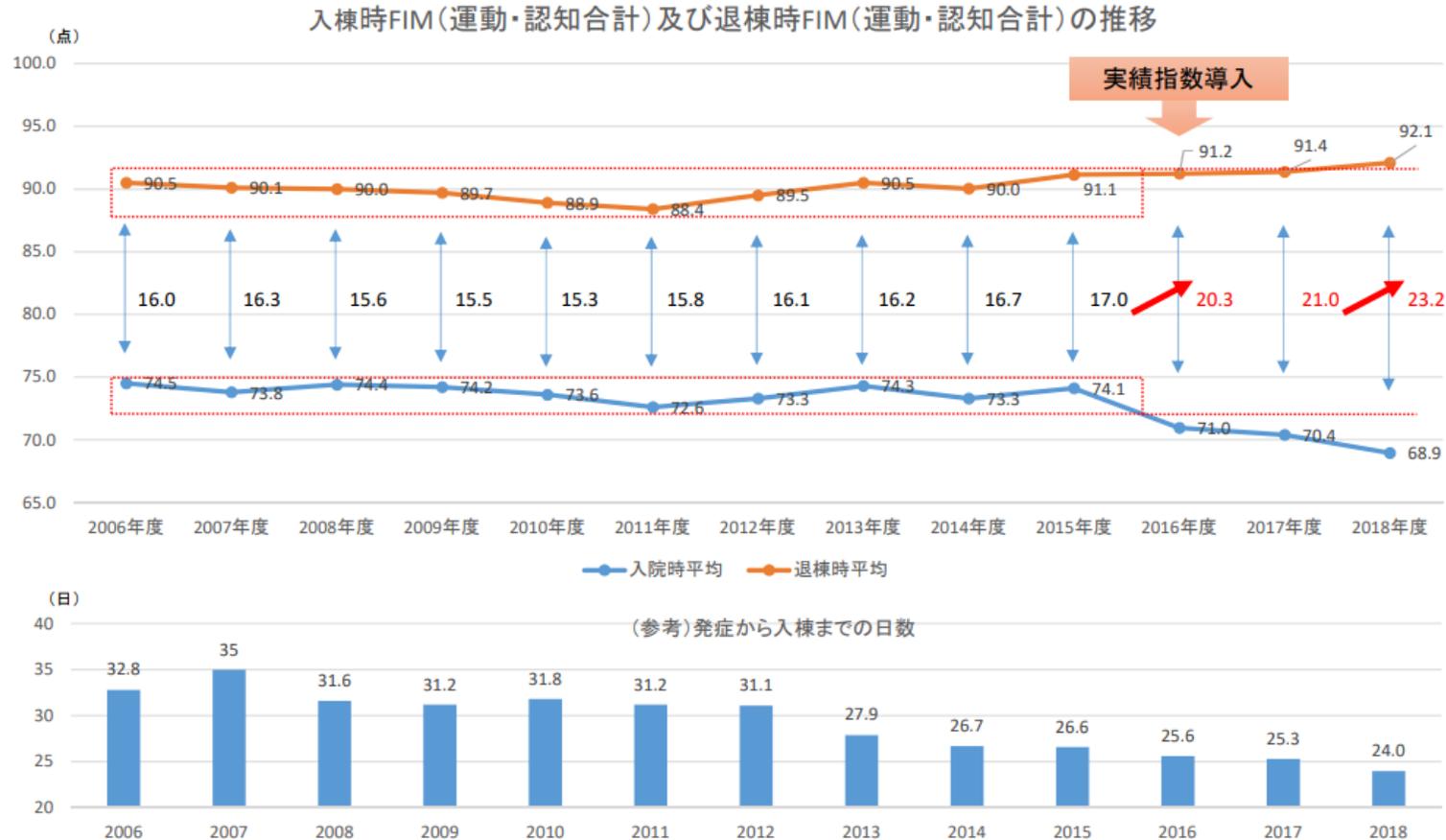
実績部分

*1 日常生活機能評価10点以上又はFIM総得点55点以下

- ◆ BIは評価項目が10項目あり、認知症に関する項目はない。評価方法は2～4段階で、0～15点で評価する。
それぞれの判定基準が細かく丁寧に決まっており、例えばトイレ動作であれば10点、5点、0点の3段階評価で、5点の場合「体を支えたり、トイレットペーパーを用いることに介助」と具体的に定められている。素人でも判定しやすく我田引水しにくい手法である。
- ◆ 一方、FIMは運動項目が13項目、認知項目が5項目で合計18項目ある。評価方法は1～7点で、1点は25%未満しか自分で行わない、2点は25%以上50%未満自分で行う、3点は50%以上75%未満自分で行う、4点は75%以上自分で行う、5点は監視・準備・指示・促しが必要、6点は修正自立、7点は完全自立となっている。特に2点、3点、4点の判定基準は1%がどの程度なのか具体的に決められておらず、かなりの部分を感覚的に判断してしまう可能性がある。

- ◆ 2016年度診療報酬から回復期リハビリ病棟にリハビリ施行前後のFIM点数差を示すFIM利得を用いた実績指数が導入され、FIMは診療報酬に大きく関係している。実績指数は、まず回復期リハビリ病棟での在院日数を疾患別の算定上限日数で割り、その値でFIM利得の総和を割って計算するものである。
- ◆ そこで、患者状態から48%自分で行うと判断しても、少し過大評価してほんの4%上乗せするだけで52%になり、FIMは2～3点に1点上がり、FIM利得も1点上がることとなる。実績指数は非常に複雑な計算方法ではあるが、結局はFIM利得が大きくなれば自然に実績指数が高くなることをうまく利用されかねない。

○ 入棟時と退棟時のFIM(運動・認知合計の平均値)の推移を見ると、「入棟時」は2016年度以降やや低下傾向にあり、「退棟時」はほぼ横ばいから微増傾向であった。また、FIM得点の変化(運動・認知合計の平均値)の推移を見ると、2016年度以降増加傾向となっていた。



2019.11.29 第437回
中央社会保険医療協議会
総会資料より

60

**退棟時FIM利得を恣意的に上げるよりも入院時FIMを恣意的に下げる方が、
周囲の目をごまかしやすく、悟られにくい。**

◆ 「FIM」について医学文献より一部抜粋

- ◆ 大腿骨頸部骨折急性期患者においてもB.IとFIMに強い相関関係が認められた。
但しFIMは、介護度を細かく表現できる反面、その評価方法や看護側の問題もあり、本来の「しているADL」を反映していない可能性が示唆された。
疾患や病期に合わせ、それぞれの評価法の特徴に応じた使い分けをしていく
必要性があると考えた。

(山形市立病院済生館 リハビリテーション室 加藤 直也氏 他 山形市立病院済生館医学雑誌41巻1号 25-31 2016より)

- ◆ 日常生活活動 (activities of daily living;ADL) のアウトカム評価は、各病院が自己申告した数値であり、第三者による検証が困難という限界がある。
FIMが学術目的でなく診療報酬に使われたために、日本のFIMの信頼性が低下しないか心配である。

(熊本機能病院リハビリテーション科 徳永 誠氏 総合リハビリテーション第46巻5号 479 2018より)

「FIM利得」から「BI利得」に変えませんか？

- ◆ 同じ患者が医療から介護へ、介護から医療へと移動する場合は多くある。
- ◆ 介護従事者は、BIのことは大体分かっているけど、FIMのことは全く分からない場合も多く、「FIM利得」なんて用語は聞いたことがないかもしれない。
- ◆ 評価者の個人的判断が結果に影響を与えやすく恣意的な行為を生む可能性がある
「FIM」より、評価項目ごとの判定基準が細かく、具体的で我田引水しにくい
「BI」に統一し、医療と介護における同じ患者のリハビリテーションのADL評価を
分かりやすく、利便性を高めてもらいたい。
- ◆ 当グループ病院において、「FIM」と「BI」推移について調査を行ったので報告する。

【平成医療福祉グループ】 FIM・BI推移について

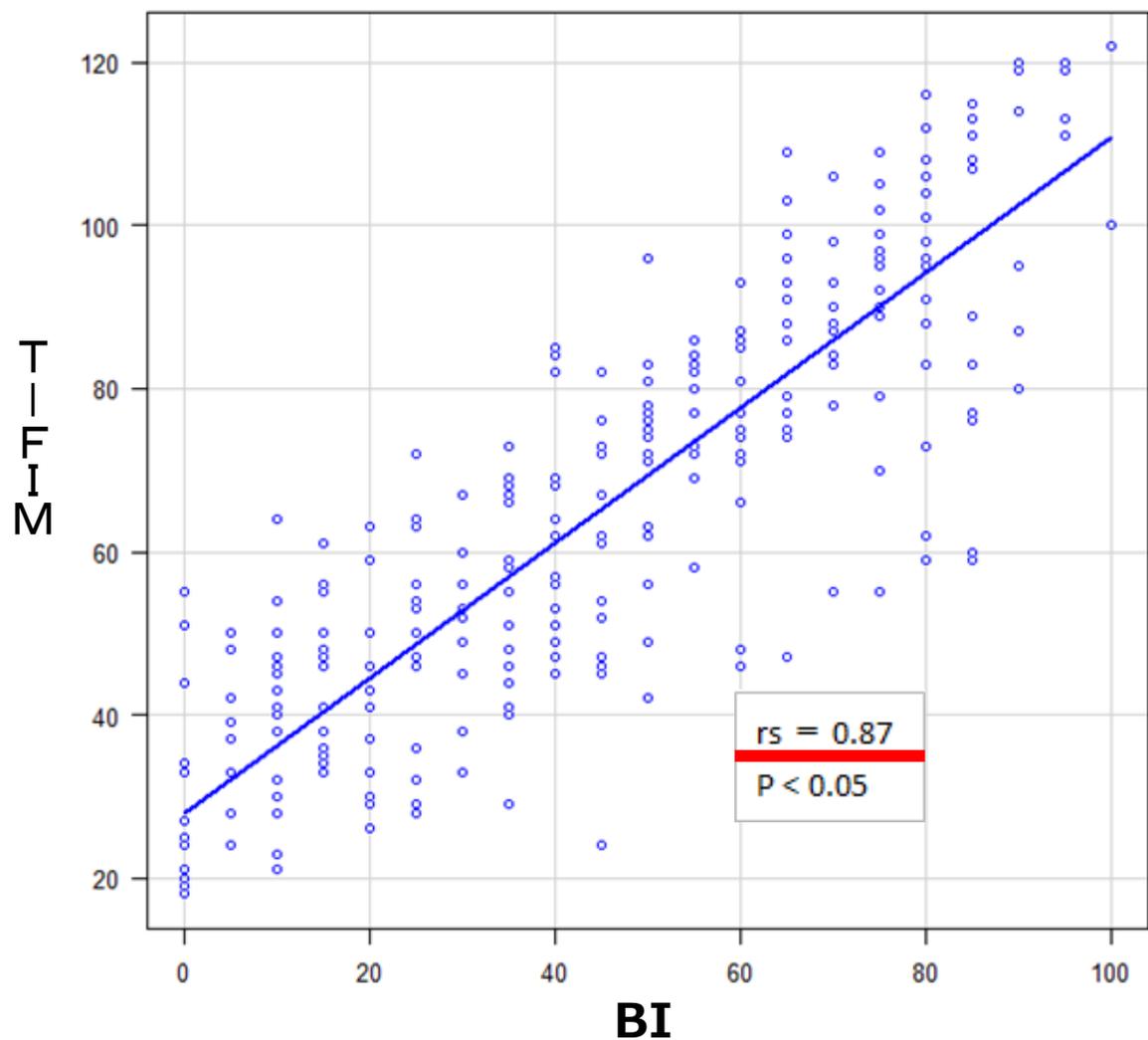
対象

対象人数（名）	291			
性別（名）	男	125	女	166
年齢（平均：歳）	79.4			
疾患（名）	脳血管疾患	85	運動器疾患	139
	廃用症候群	61	その他	6

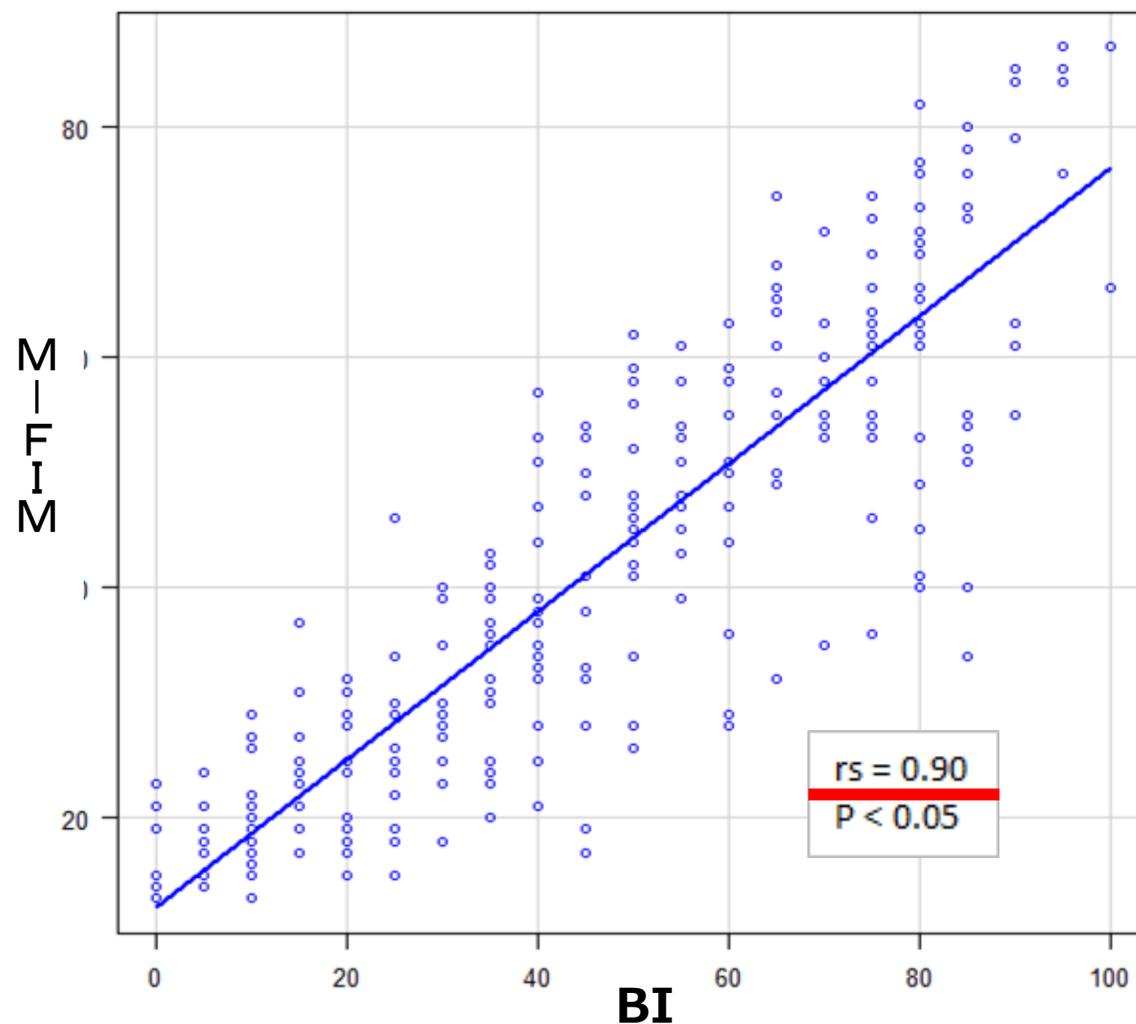
全患者 入院時

高い相関関係が認められた

BIとT-FIM



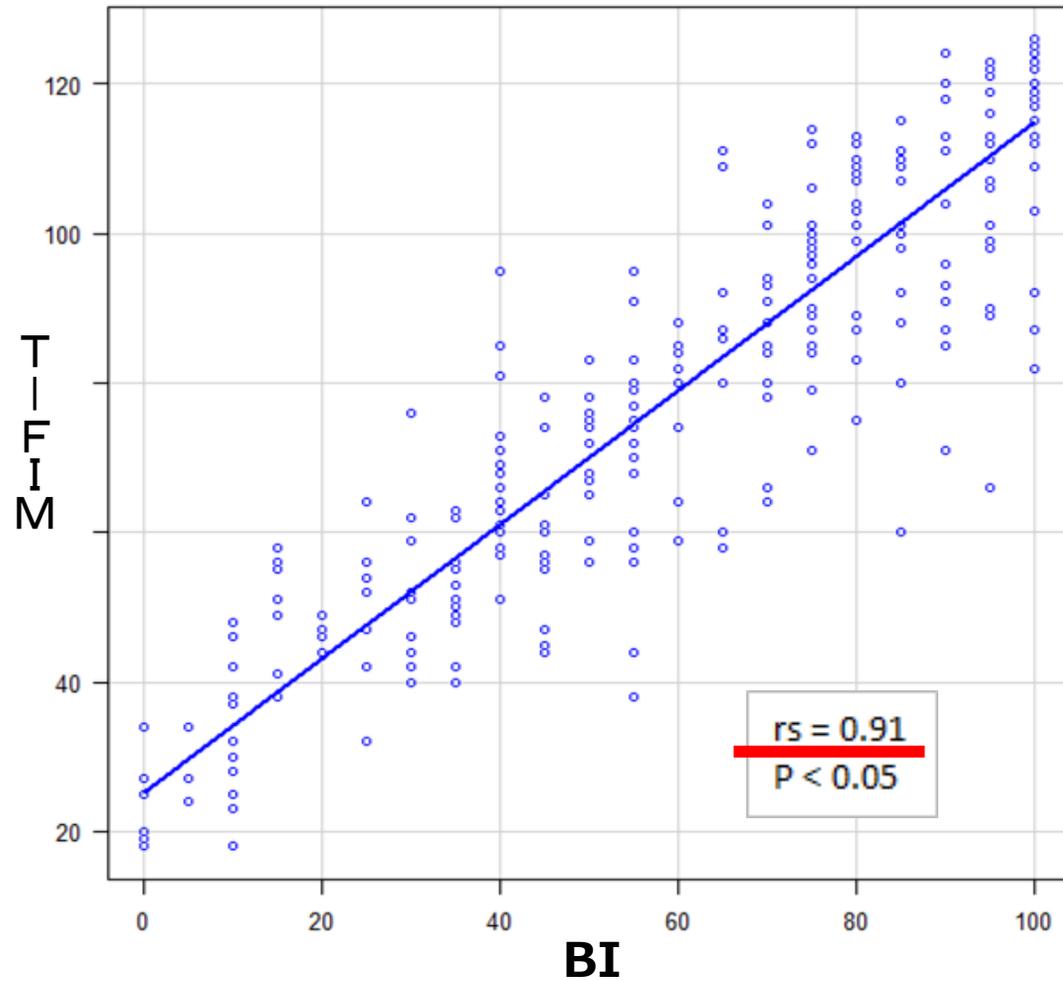
BIとM-FIM



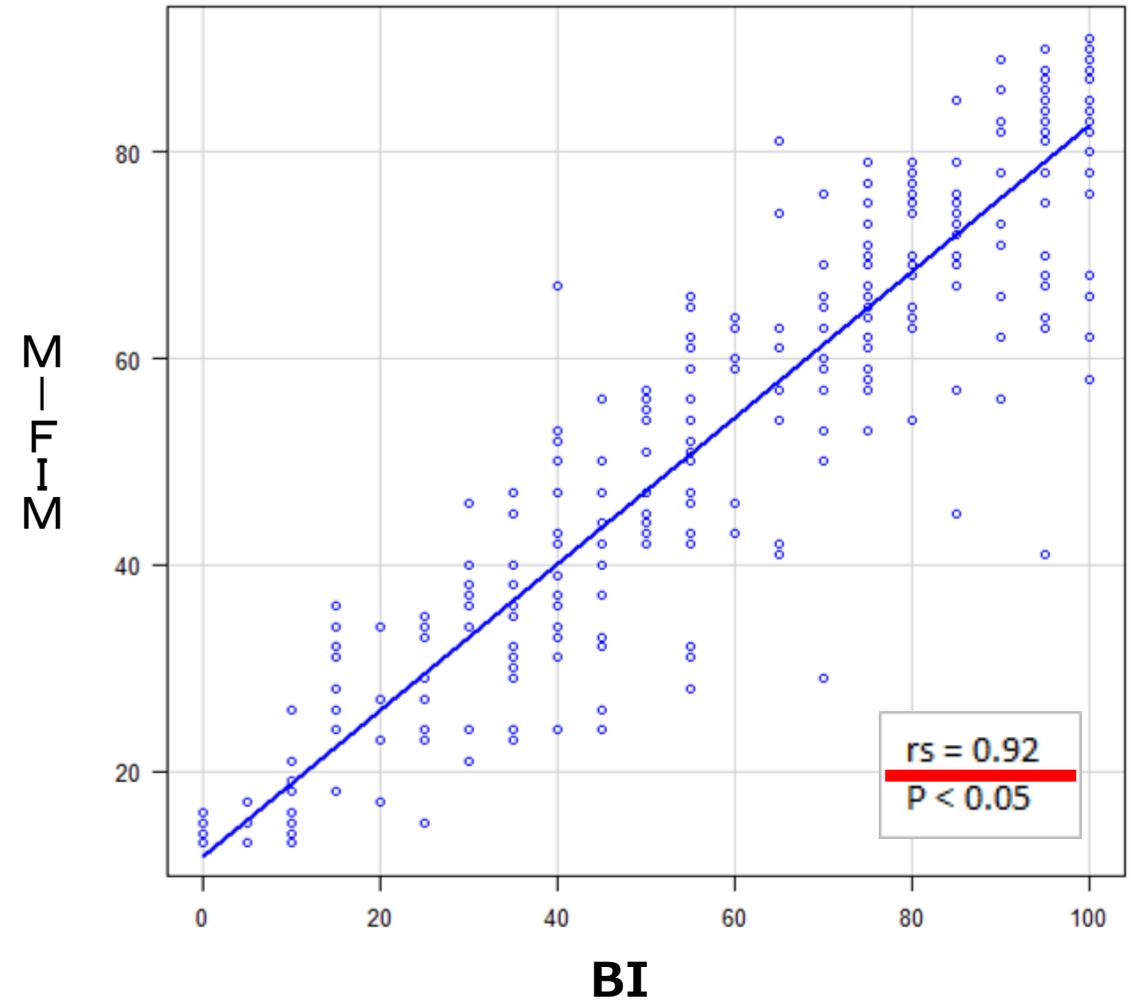
全患者 1か月後

高い相関関係が認められた

BIとT-FIM



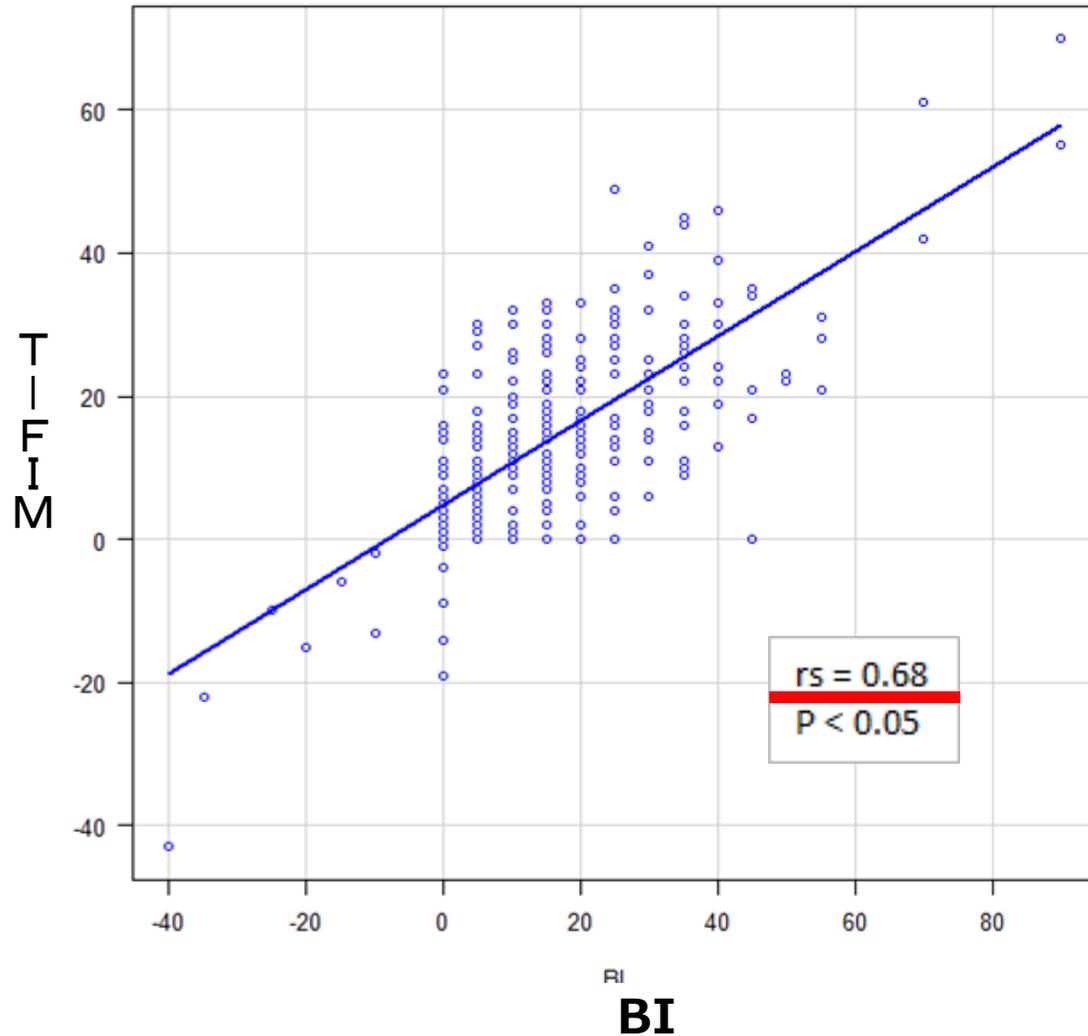
BIとM-FIM



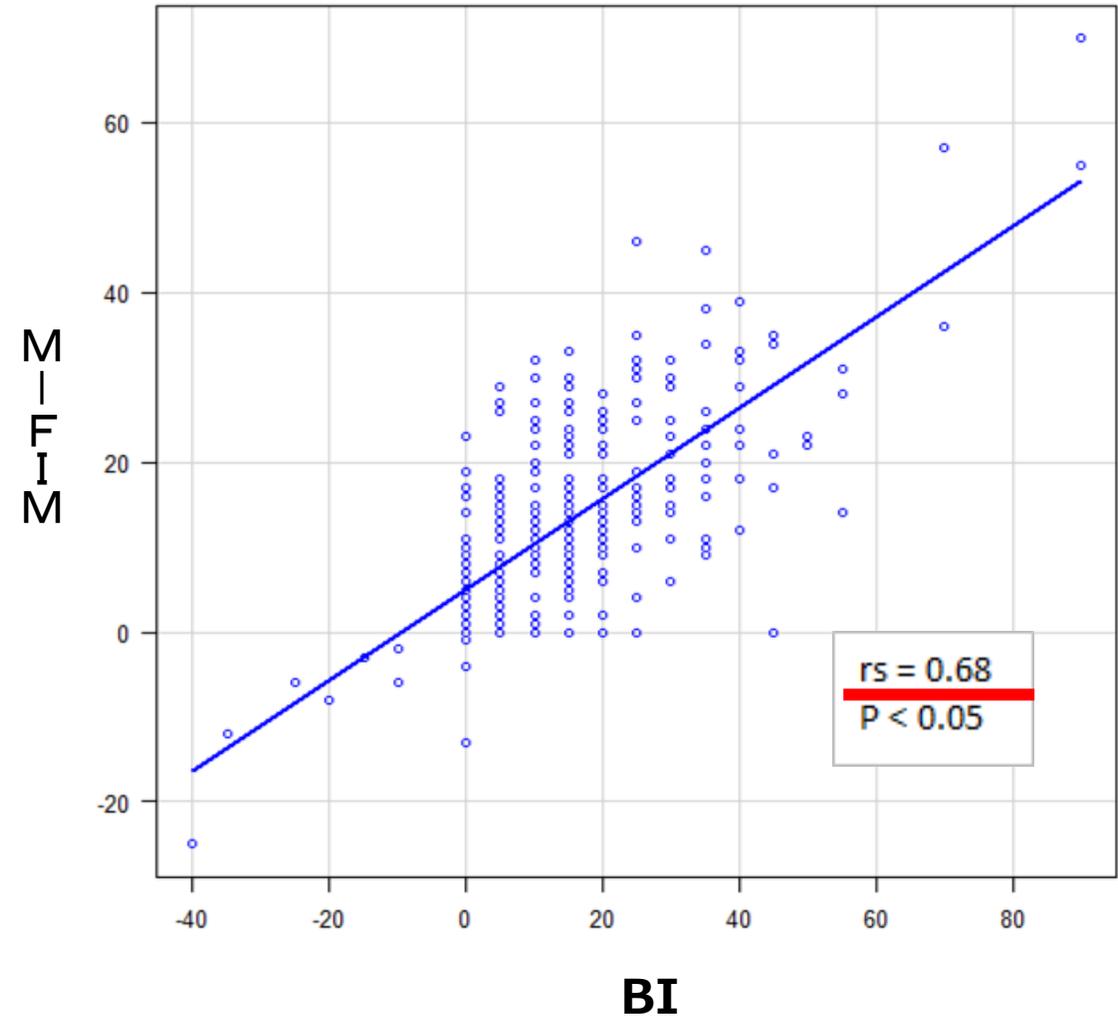
全患者 入院1か月後のFIM利得

高い相関関係が認められた

BIとT-FIM



BIとM-FIM



BI・FIMそれぞれの長所、短所

	BI	FIM
長所	<p>簡便で採点しやすい。短時間でできる 検者間で差が生じにくい (恣意的な操作ができない) 100点満点なのでわかりやすい (本人・家族も理解しやすい)</p>	<p>細かな能力を捉えやすい 認知項目が含まれる 実際にしているADLで評価できる 各項目が介助量に応じて7点満点となっている</p>
短所	<p>細かな能力変化を捉えにくい (介助量の変化がわかりにくい) 認知項目がない 各項目毎に点数が異なっている 生活で行っているADLを反映していない</p>	<p>採点に時間がかかる 採点にスキルが必要 (講習を受けるなど) ベテランと新人で差が出やすい (恣意的な操作ができる。1項目あたり1点操作するだけで、18点の差が生じる。) 18~126点で点数がわかりにくい 本人の意欲等に影響を受けやすい</p>

日本のリハビリテーションシステムをどうするのか

- ◆いつまでも細かい規制に終始するつもりか？
- ◆リハビリテーション提供体制について、入院基本料に包括するべきではないか。
- ◆とにかく、リハビリテーションで救える患者が増えるリハビリテーションシステムにしてほしい。

良質な慢性期医療がなければ
日本の医療は成り立たない