

【特別講演】

## 2024年度診療報酬改定がリハビリに与えた 具体的な影響とこれからの変化

(株)MMオフィス代表取締役 工藤 高

### ■24年度診療改定の建て付けが悪くて多くの 病院が赤字へ

2024年度診療報酬改定がリハビリ領域にどのような影響を与えたかについて説明したい。日本はバブル経済崩壊後、約30年に渡る物価が変わらないデフレ経済下から、物価が上がるインフレ経済に転じて、病院経営はかつて経験したことがない赤字へ転落している。24年度改定率の「本体+0.88%」が決まったのは23年12月であり、そのときは現在のようなインフレ経済にはなっていなかった。原材料や人件費高騰に伴って、大手ハンバーガー店やコンビニおにぎりは「資本主義経済」の原則に則って、価格転嫁して商品値上げをしている。しかし、診療報酬という公定価格による「計画経済」では、勝手に価格転嫁できないのが医療機関の辛いところだ。

結論を言えば国家による計画経済である2024年度診療報酬改定の建て付けが悪かった。次回2026年改定の診療報酬改定率を決定するにあたっては、これまでの財務省における予算を削るといふ医療費抑制政策の改善が必要なのは言うまでもない。6病院団体も改定への要望として「社会保障予算に関しての財政フレームの見直しを行い、社会保障関係費の伸びを高齢化の伸びの範囲内に抑制するという取扱いを改めることが必要」としている。

### ■急性期365日リハビリ実施のトリガー（引き金）が24年改定である

2024年度改定では急性期一般入院基本料(7

対1、10対1に限る)等に対して加算できる「リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算」(以下、リ栄口)(120点×14日間)が新設された。ややこしいのが、類似点数に新設された365日リハビリが要件の地域包括医療病棟入院料だけに加算できる「リハビリテーション・栄養・口腔連携加算」(80点×14日間)がある。施設基準は一部を除いて、リ栄口とほぼ同じだが、こちらは名称に「体制」がつかない。新設の「地域包括医療病棟」と「地域包括ケア病棟」もそうであり、類似名称に筆者もたまたま混乱する。

リ栄口は届出した病棟の患者全員に対して、入院48時間以内にADL、栄養状態、口腔状態に関する評価を行って、多職種によるADL低下防止体制を確保した場合に算定できる。病棟ごとに専従(1人は専任でも可)のリハビリ職員2名と専任の管理栄養士1名の配置が必要になる。

同加算の狙いは急性期病院においてあまり充実されていない365日リハビリ提供体制を促すことである。点滴には土・日・祝日の休みはないのに、急性期リハビリには休みがあるのは働く側の論理である。土日リハ休み病院に金曜夜に脳梗塞で入院したら、ベッドサイドでのリハ開始は月曜になる。一方、急性期リハ365日実施病院では土曜からの介入になる。もし、筆者が病院を選択するならば、絶対に後者の病院であり、そもそも患者の状態とリハビリ介入のタイミングは曜日が関係ないはずである。

筆者は22年前にハワイ、オアフ島の Rehabilitation Hospital of the

Pacific(REHAB)94床を見学した。朝6時30分からリハビリが開始され、セラピストはシフト制勤務で18時30分までリハビリを実施。土曜、日曜も通常のリハビリ提供を行っていた。当時、日本では介護保険開始の2000年に新設された回復期リハビリ病棟の先駆的な病院で365日リハビリが開始されたばかりで、まだまだ少数派であった。REHABのセラピストにその旨を伝えたら「オーマイガー」と驚かれた。それが20年以上経った現在では回復期リハビリテーション入院料1,2では365日リハビリが施設基準である。今回のリハビリは急性期における365日リハ実施のトリガー(引き金)となり、15年後の2040年には急性期病院での365日リハが日常になっているであろう。

24年改定では回復期リハビリテーション病棟入院料1には大きな逆風が吹いた。それは専従医を評価した「体制強化加算1」(100点/日)の廃止と「運動器リハビリ料1」(185点/1単位)の提供単位数上限が9単位から6単位に引き下げられたことである。6単位超のリハビリについては「別表第九の三の他の要件に該当する患者については1日9単位を算定できる」とされた。ただし、これまでも運動器リハビリについては都道府県によっては6単位までしか認めていないところもあった。

### ■人件費比率を下げるためには必要な部署の人を増やす必要がある

図表1は人件費比率を下げるには必要な部署の人を増やすという逆張りの論調であるが、筆者は独立まもない20年前から主張してきた。24年改定の急性期一般入院基本料等に加算できる「リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算」や「地域包括医療病棟入院料」の新設でその主張に対する自信が確信に変わった。ともに病棟ごとに専従(1人は専任でも可)のリハビリ職員(理学療法士、作業療法士、言語聴覚士)2名以上が必要で365日リハビリ実施が

大前提であり、専任の管理栄養士1名の配置も必要になる。つまり、これらの要件をクリアできなければ職員を増やす必要がある。もちろん、不要な部署や一定の職員数以上に増加した場合は余剰人員となる。

(図表1)

● 人件費比率を下げるには必要な部署の人を増やす  
(分母の「医業収益」を増やす)

**人件費比率 = 人件費 / 医業収益**

※急性期病院では50%以下が理想とされる  
 ※ケアミックス病院では55%が目安  
 ※療養型・精神科単科病院、老健では60%が目安

- 多くの病院や介護施設では分子の人件費が高いのではなく、人員配置に対して分母の収益が低い
- つまり、分母の医業収益(1人あたり労働生産性)を増やす戦略を考えないといけない→単価UP、病床稼働率UP
- 多くの人を必要とする「労働集約型産業」の病院においては、収入を上げるためには、常に50%人件費に相当する必要な部署の人員を戦略的に増やさないとけない。
- 1日入院単価が高い高機能急性期病院で100床あたりの職員数が多くないのは、収入の50%が人件費だからである。
- 1日入院単価6万円(人件費3万円)→1日入院単価8万円(人件費4万円)となり、つまり、人は増やさないとけない。

365日リハに必要で補充しなければならぬリハビリセラピスト、NSTの管理栄養士、病棟配属の薬剤師等の人件費は必要な人数までは「コスト」ではなく「原価」である

※原価日給ヘルスケア原価を参照

HMMS712 35

病院の人件費比率は「人件費 / 医業収益」で計算され、急性期病院では50%以下が理想とされており、ケアミックス病院では55%、療養型・精神科単科病院、老健では60%が目安とされている。人が最も多い急性期病院の人件費比率が低いのは分母が医業収益のためだ。一方、医療材料や薬剤費の「医療材料費」は高額な薬剤等を使う急性期が最も高くなっている。多くの病院や介護施設では分子の人件費が高いのではなく、人員配置に対して分母の医業収益が低いことが多い。

つまり、分母の医業収益(1人あたり労働生産性)を増やす戦略を考えないとけない。これまでは急性期病院での人件費比率は50%以下が理想とされていたが、患者1人あたり年間数百万円、場合によっては1千万円超の抗がん剤や血液凝固因子製剤等の使用も多くなった。それらが多い病院では薬剤費(医療材料費)が大きく向上して収入は増加するが、薬価差益はほとんどないため経営的には厳しくなってしまう。百分率なので医療材料費が上がると、相対

的に人件費率は40%台になるが、利益はでない高機能ながん拠点病院が続出している。

そのために「労働分配率」という「人件費÷限界利益(粗利)」で算出する病院もある。「限界利益」とは「売上高－変動費」になる。いずれにしても多くの人を必要とする「労働集約型産業」の病院においては、収入を上げるためには、常に50%人件費に相当する必要な部署の人員を戦略的に増やさないといけない。「必要な部署」はどこと聞かれるが、それは病院のビジョン(あるべき姿)を達成するために戦略的に増やさないといけない部署である。地域の中でどのようなリハビリ医療を提供するかという自院のビジョンがまずありきだ。

以上