



基調講演Ⅱ

平成30年度 診療報酬改定について

石川 誠

当協会 相談役
医療法人社団 輝生会 会長

多すぎるベッド数減らす火ぶたが切られた

今から30年前、当時の日本の医療は“葉漬け”、“検査漬け”、“入院漬け”、付き添い看護主体のケア体制であり、リハ医療、在宅医療は資源も乏しく、ほとんど提供されていない状態だった。その結果、“寝たきり”老人、“寝かせきり”老人が増え、“社会的入院”が増え、病院のベッド数が増え、病院は“施設化”していった。その後、介護系施設の数が増え140万床に達した現在、病院は施設の肩代わりをする必要がなくなり、自院の機能を存分に発揮できる時代となった。しかし、病院のベッド数の減少はわずかである。



図1は、都道府県別にみた人口10万対の病院病床数（ヨコ軸）と平均在院日数（タテ軸）の関係の散布図である。結果はきれいな回帰直線が引けて、ベッド数の多い都道府県は在院日数が長くなり、グラフの右上に集まっている。ベッド数が多くて在院日数が高いのは九州・四国地域、逆にベッド数が少なくて在院日数が短いのは都心部である。迫井さんのお話で「かなり地域差がある」という指摘とまったく同様である。

ただし、このデータは全病床が対象で、一般病床も療養病床も精神病床もすべて一緒になってい

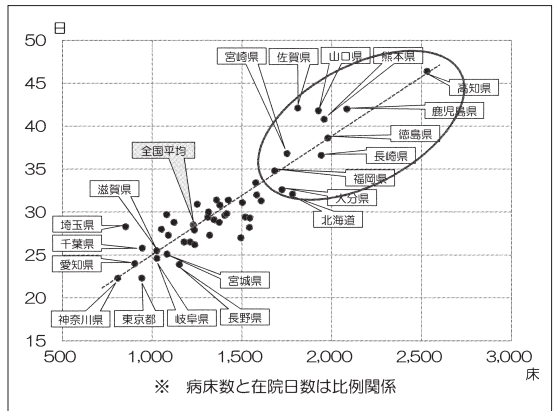


図1 都道府県人口10万対病院病床数と平均在院日数の関係（2016年医療施設(動態)調査・病院報告）

| 国名 | 人口1000人あたり病床数 | 人口1000人あたり医師数 | 人口1000人あたり看護職員数 | 100床あたり医師数 | 100床あたり看護職員数 | 平均在院日数急性期 |
|------|---------------|---------------|-----------------|------------|--------------|-----------|
| 日本 | 13.2 | 2.4 | 11.0 | 17.9 | 83.3 | 16.5 |
| ドイツ | 8.1 | 4.1 | 13.3 | 50.9 | 164.1 | 7.6 |
| フランス | 6.1 | 3.3 | 9.9 | 50.9 | 161.8 | 6.3 |
| イギリス | 2.6 | 2.8 | 7.9 | 106.9 | 302.7 | 6.0 |
| アメリカ | 2.8 | 2.6 | 11.3 | 90.9 | 401.9 | 5.5 |

※ 日本の病床数：欧米先進国の2~5倍
人口あたり医師数・看護職員数：遜色なし
病床あたり医師数：1/6~1/3 看護職員数：1/5~1/2
平均在院日数：2~3倍

表 先進国の人口および病床あたり職員数と平均在院日数（OECD Health Statistics 2017）

る。そこで、ここから一般病床だけを切り出してみるとどうなるか。

その前に、表をご覧ください。OECDが昨

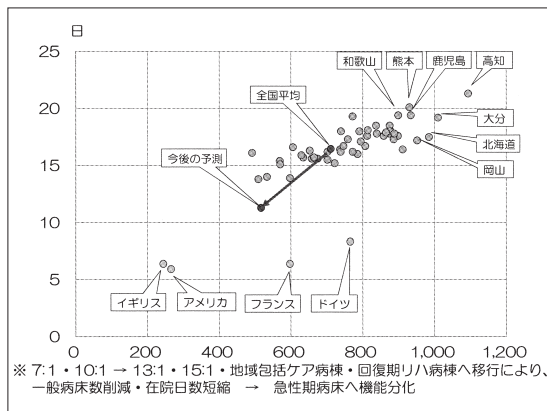


図2 一般病床の人口10万対病床数と平均在院日数 (2016年医療施設(動態)調査・病院報告)

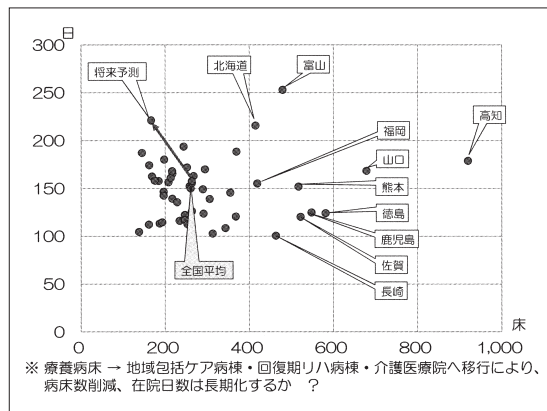


図3 療養病床の人口10万対病床数と平均在院日数 (2016年医療施設(動態)調査・病院報告)

年出した比較的新しい国際比較のデータである。人口1,000人あたりのベッド数では、日本はイギリスの5倍、フランスの2倍以上ある。人口1,000人あたりの医師数では、アメリカが2.6人、日本が2.4人である。あまり変わらない。現場で「医師が足りない、足りない」というコールがあるが、現実には欧米先進国に決して引けをとってはいない。では、ナースはどうか。人口1,000人あたりの看護職員数では、日本が11.0人で、実にフランスの9.9人、イギリスの7.9人より多い。

ところが、100床あたりの医師数では、日本はこれらの国々の1/6~1/3、100床あたりの看護職員数についても1/5~1/2と、圧倒的に数が小さくなってしまふ。理由は日本の病院のベッド数が、これらの国々に比べて2~5倍多いためである。その結果、平均在院日数(※急性期のみ)も日本は欧米先進国の2~3倍長い。

話を再び図1に戻し、ここから一般病床だけを切り出して都道府県別に人口10万対のベッド数と平均在院日数の関係を散布図にすると、ベッド数は3,000床から1,200床ぐらいに、平均在院日数も300日から25日ぐらいにそれぞれ値が小さくなる。そして、同じように回帰直線が引けて、右上(ベッド数が多く在院日数が長い)の領域に、九州・

四国等の地域が分布する。

その中に、表の国々をプロットしてみると、図2のようにベッド数200~800床、在院日数5~10日のあたりにイギリス、アメリカ、フランス、ドイツの4か国が並ぶ。

国の狙いは、多すぎるベッド数を減らし、在院日数を減らす、欧米と同等にはならないまでも、こういう方向にもっていこう——その火ぶたが明らかに今回の診療報酬改定で切られたと考える。

図3は、療養病床の都道府県別人口10万対の病院病床数と平均在院日数の関係をみたものである。療養病床では回帰直線は引けず、ベッド数の幅は1,000床ぐらい、在院日数は300日辺りまで広がる。そして、やはり右上に九州・四国等の地域が集まっている。全国平均値はだいたい300床、150日ぐらいである。

今後、療養病床をとっているところでは、地域包括ケア病棟や回復期リハ病棟、今度新設された「介護医療院」への移行がある程度進んでいく。それにより療養病床のベッド数は減っていくと思われる。

しかし、他の病床へ移行せず留まる療養病床では、在宅での対応がもうどうにもならないといった医療依存度が高い患者さんに集約されていくと

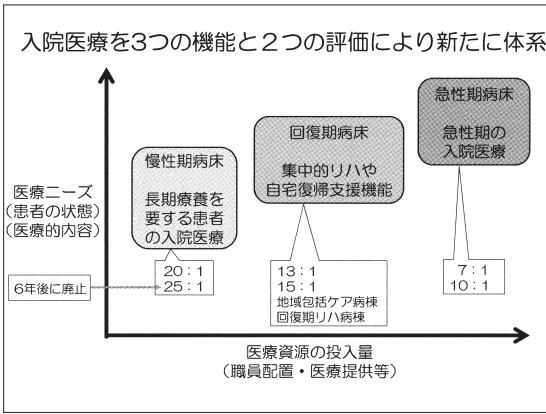


図4 2018年診療報酬改定の最大特徴

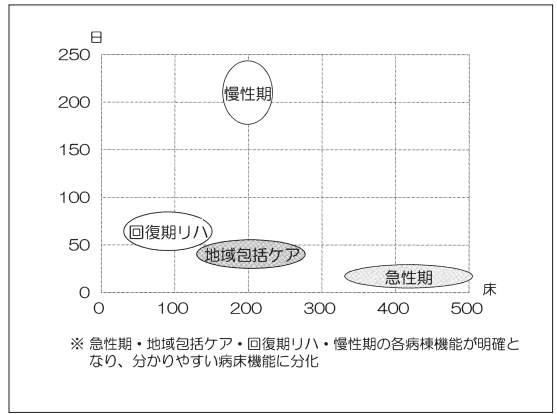


図5 人口10万対あたり機能別病床数と平均在院日数の将来像

考えられ、療養病床の在院日数はこの先、逆に延びていくと考えられる。

迫井さんが詳しく説明された通り、今回、入院医療の構造全体の再編・統合が行われ、入院料が3つの機能と2つの評価で新たに体系づけられた。この点が今回の診療報酬改定の最大の特徴だと思う（図4）。

タテ軸に「医療ニーズ」、ヨコ軸に「医療資源の投入量」とすると、「急性期」（高度急性期+急性期）、「回復期」、「慢性期」（長期療養）、各機能別に望ましい入院医療の3つのゾーンに分かれる。

ヨコ軸の「投入量」で実際の一番のメインになるのは、「看護職員数」である。それを一番手厚い7対1から、10対1、13対1、15対1、20対1、25対1にまで切り分けた。こうした整理整頓が、3つに区分された医療機能それぞれについても行われ、さらに細かく段階的に診療報酬上の評価が行われたのが今回の入院医療の新しい報酬体系である。

急性期・地域包括ケア・回復期リハ・慢性期の各病棟の機能別に、人口10万あたりの病床数と平均在院日数の将来像をイメージすると、だいたい図5のように、それぞれの病棟・病床機能が明確な形に分化していくと思われる。

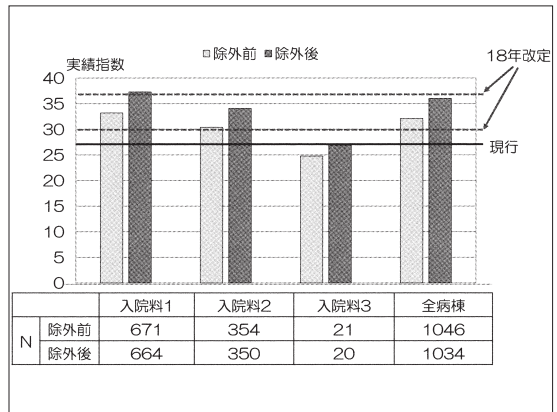


図6 回復期リハ病棟における実績指数の平均値（回復期リハ病棟協会調査 2017年9月）

回復期リハ病棟の診療報酬改定

当協会の2017年度実態調査で、入院料1・2・3の全病棟について「実績指数」の平均値を除外前、除外後別に算出した結果が図6である。これまでの27ポイントから今回、30ポイント、そして37ポイントという大変厳しい実績指数が提示された。しかし、同図を見れば、入院料1の病院群では37ポイントがすでに「平均値」だ。「本当か？」と少々いぶかるほど実際には結構厳しい値である。うっかりすると割り込んでしまう。37ポイントをきっちり守るのはなかなか苦労がいる。

アウトカム評価の推進に関して、実績指数が30、

平成30年度診療報酬改定 I-1. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価③ (2)急性期医療～長期療養

回復期リハビリテーション病棟入院料の再編・統合のイメージ

【現行】

【平成30年度改定】

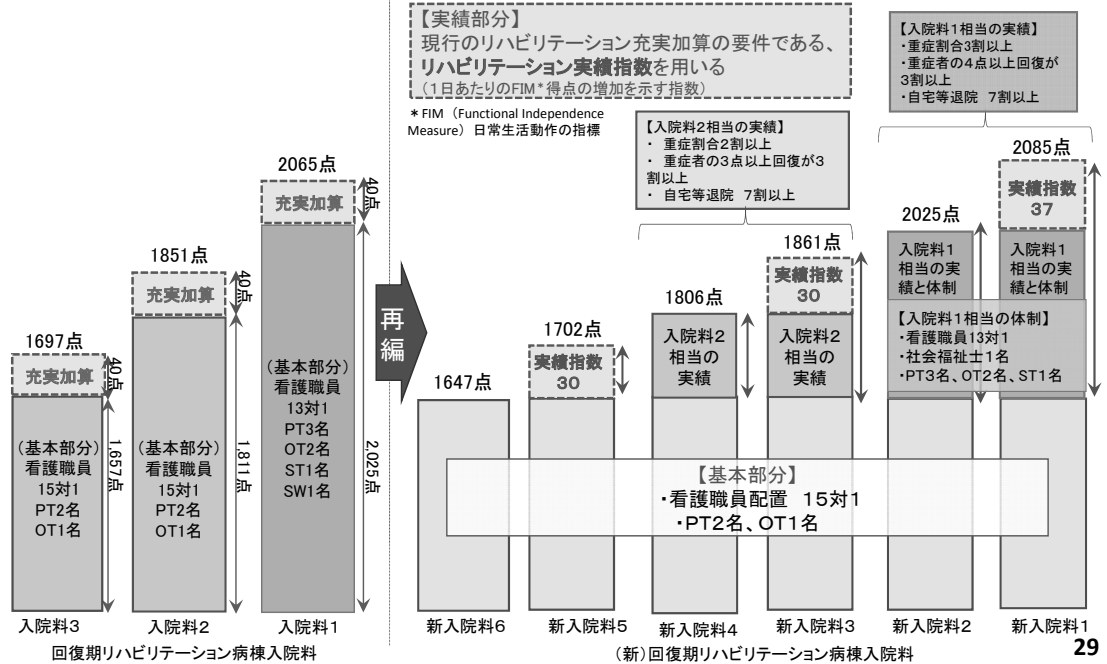


図7 回復期リハビリテーション病棟入院料の再編・統合のイメージ (厚生労働省保険局医療課「平成30年度診療報酬改定の概要 医科 I」平成30年3月5日版)

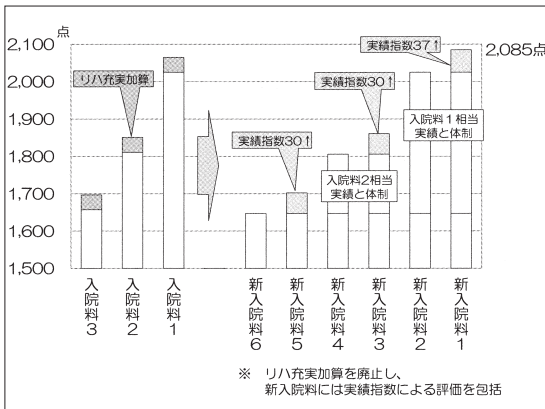


図8 回復期リハ病棟入院料の診療報酬改定

37ポイント以上の場合、充実加算が入院料に包括されたが、リハ充実加算に付帯していた「27ポイント以上」の要件は改定後も生きている点にお気をつけいただきたい。病院全体で27ポイントを下

回ってしまうと、6単位以上が包括される。

また、30ポイント、37ポイントの算出については病棟単位ではなく「病院全体」を単位として算出する。この取扱いに変更はない。

今回の改定で回りハ病棟入院料の区分は、旧入院料1・2・3が新入院料1・2・3・4・5・6になり、旧入院料1相当の実績と体制が新入院料1と2に、旧入院料2相当の実績と体制が新入院料3と4に移行した。そして、リハ充実加算がなくなり、実績指数30以上(新5)、30以上(新3)、37以上(新1)のところに加算がつくことになった(図7、図8)。新入院料1の一番高いところの点数は2085点になった。

新入院料1～6の内容については、入院料1と2で社会福祉士が専任で1名以上、入院料1で管理

平成30年度診療報酬改定 I-1. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価④ (2)急性期医療～長期療養

回復期リハビリテーション病棟入院料1～6の内容

➤ 回復期リハビリテーション病棟において実施されているアウトカム評価の推進を図る観点から、当該入院料の評価体系についてリハビリテーションの実績指数を組み込むなどの見直しを行う。

| | 入院料6 | 入院料5 | 入院料4 | 入院料3 | 入院料2 | 入院料1 | |
|---------------------------|-------------------------|------------------------|----------------|---------------------------|----------------|----------------|------|
| 医師 | 専任常勤1名以上 | | | | | | |
| 看護職員 | 15対1以上(4割以上が看護師) | | | 13対1以上(7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PT2名以上、OT1名以上 | | | 専従常勤のPT3名以上、OT2名以上、ST1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(努力義務) | | | |
| リハビリ計画書の栄養項目記載 | - | | | 必須 | | | |
| 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 | ○(200床以上の病院のみ) | | | ○ | | | |
| 実績部分 | 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」の割合(日常生活機能評価10点以上) | - | | 2割以上 | | 3割以上 | |
| | 重症者における退院時の日常生活機能評価 | - | | 3割以上が3点以上改善 | | 3割以上が4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 | - | 30以上 | - | 30以上 | - | 37以上 |
| 点数(生活療養を受ける場合) | 1,647点(1,632点) | 1,702点(1,687点) | 1,806点(1,791点) | 1,861点(1,846点) | 2,025点(2,011点) | 2,085点(2,071点) | |

※ 重複を整理する観点から回復期リハビリテーション病棟入院料における重症度、医療・看護必要度に係る要件は除外

30

図9 回復期リハビリテーション病棟入院料1～6の内容(厚生労働省保険局医療課「平成30年度診療報酬改定の概要 医科I」平成30年3月5日版)

栄養士が義務規定ではなく努力規定で専任1名以上配置となった。在宅復帰率は新入院料1から4までがすべて70%以上になったほか、以下の細目が規定されている(図9)。

- ・専任の管理栄養士による入院食事栄養指導料が算定可能(入院料1のみ)
- ・体制強化加算が算定可能(入院料1・2)
- ・休日リハ提供体制加算が算定可能(入院料3・4・5・6)
- ・データ提出加算が算定可能(入院料1～4の全病院と入院料5・6の200床以上の病院)

※入院料5・6の200床以上の病院には体制整備に1年間の経過措置

- ・実績指数37以上または前月に外来リハもしくは訪問リハを実施した場合:専従PT・OT・

- STによる退院前訪問指導、退院後3月以内の外来リハ・訪問リハの実施が可能
- ・腹膜還流(CAPD)の費用:出来高算定可



入院料1の加算を含む診療報酬体系の推移を、図10に示す。創設時の点数1,700点に、「重症者回復加算」がつき、「休日リハ提供体制加算」がつき、「リハ充実加算」がつき、いろいろついたが結局これらはすべてなくなり、今は「体制強化加算」だけが残っている。その200点を2085点に上乗せすると、2,285点になる。これにリハが出来高で上乗せされる。

入院料1における患者さん1人1日あたり点数の推移を図11に示す。仮に脳血管系と運動器系の患者さんが50%ずつ入院し、1日9単位リハを実施

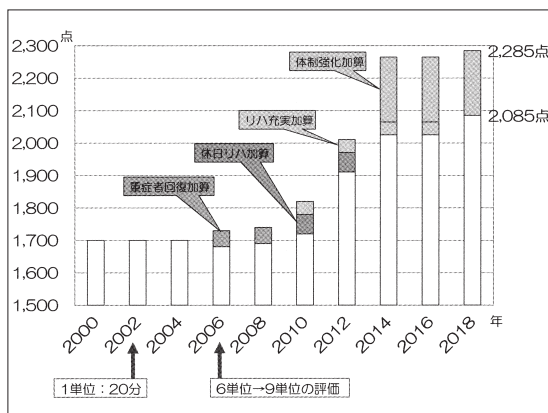


図10 入院料1の加算を含む診療報酬の推移

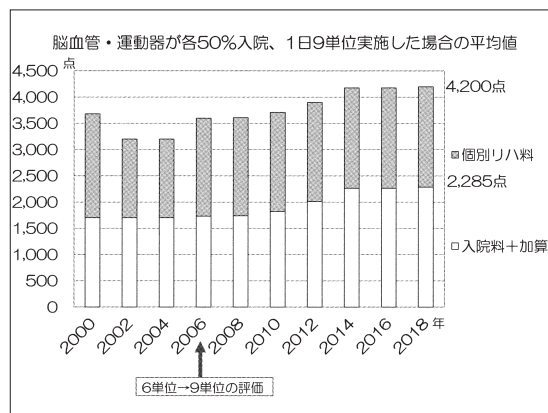


図11 回復期リハ病棟入院料1における患者1人1日あたり点数の推移

した場合で試算すると、約4,200点。ここまで上げるのはなかなか大変であるが、今回、回復期リハ病棟入院料1は4,000点ベースで設定されたのは間違いはない。

面積要件大幅緩和で短時間通所リハ促す

このほか、主な変更点を述べる。

「在宅復帰率」の分子に新たに「介護医療院」および「有床診療所のうち、介護サービスを提供する施設」が含まれる。また、分母から「一般病院への転棟・転院例」を除くことができることになった。在宅復帰率については今回、かなり緩和された印象をもっている。

「退院時共同指導料」は、退院時カンファレンスで退院後の在宅生活に必要な支援体制を検討し情報提供するもので、迫井さんのスライドにもあったがこれまでの医師、看護師に加えて、薬剤師、管理栄養士、PT・OT・ST、社会福祉士との共同指導も点数化された。

疾患別リハにおける「算定日数上限の除外対象患者」に新たに(1)軸索損傷の状態にある末梢神経損傷(発症1年以内)、(2)外傷性肩関節腱板損傷(受傷後180日以内)、(3)回リハ病棟退棟3月以内——が追加された。(1)ではギランバレー症候

群のようなものを、(2)ではローテーターカフの棘上筋腱の断裂等を想定していると思われる。(3)は回リハ病棟を退棟して外来のリハ等に移った場合など、3か月間に限り算定日数のカウントから外れているという話で、大変結構な制度だと思われる。

維持期・生活期リハへの介護保険の移行に関する今回の見直しは要するに、13単位の外来のリハがあと1年で廃止になるので、「短時間通所リハをやってください」という制度である。介護保険の短時間通所リハには「介護と医療の合計人数×3㎡」という面積要件があるが、医療保険のほうにはそもそも人員の規定で平米数はなかった。それを新たに「介護の利用者数×3㎡」でよいこととした。これは基準の大幅緩和である。こうなると、どこの外来リハをやっているところでも、短時間通所リハをやらないというのは「やらないほうが悪い」というふうに責められるだけである。まさに国は賢い制度をもってきたわけである。

PT・OT・STによる訪問看護の適正化も大きなテーマになっている。どうもナースとPT・OT・STが連携していないということで、「もっと連携して計画書、報告書を作りなさい。それから、必ずナースは定期的に訪問してください。ナースが

訪問しないPT・OT・STの訪問はあり得ない」というわけで、これは介護保険にも通じている。

そして、リハ計画書。いろいろな様式があり、どれを使っても自由だが、将来的にはたぶん、「医療と介護の連携」を記述する「リハビリテーション計画書」(様式21の6)に一本化されてくださるかと推定される。これはできるだけ早めにこちらへ移行されたほうがよいと思う。

常勤配置における「働き方改革」。これも、医療提供側にとってはありがたい改革である。病院勤務医の常勤要件について、週3日以上、週24時間以上勤務している医師を常勤換算できることとなった。週4日、1日6時間の短時間勤務の勤務医もその対象となる。

質の向上を目指し努力する10年に

今回の医療・介護同時改定を要約すれば、地域医療構想、地域包括ケア、この2つにターゲットを絞ってこれを推進する診療報酬・介護報酬改定である。そして、施設基準や人員配置基準など、いわゆる構造指標を主体に評価を行う時代は終わり、これからは、アウトカム評価の時代に明らかに移ったといえる。加えて「連携とチームアプローチ」、「働き方改革」などが、今回改定のキーワードと考えられる。

世界にさまざまな報酬制度がある中、世界で初めて日本の回リハ病棟にアウトカム評価が導入されたのも、「急性期からできるだけ早く回復期リハを必要とする患者さんを受け入れ、できるだけ早く在宅に帰す」というシンプルでわかりやすい病棟の仕組みであることがアウトカム評価の導入に適していたからである。

1960年代以降、日本のリハ医療は有資格者の養成、リハ提供体制の基本構造の確立、リハ医療の普遍化、サービス提供量の飛躍的増大を果たした。そして、これからは、明らかに質の向上である。

質の向上を図るにはどうしたらよいか。何といってもリーダーシップが取れるリハ科の医師の病棟専従配置が重要である。リハ科の医師像は「チームの一員としての協調性があり、リーダーとしての人間的魅力があり、患者・家族からの信頼が厚く、優れた医学的管理能力を有し、リハの知識が豊富な医師」で、リハ科専門医が望ましい。

しかし、「こういう医師はとても無理だ」とおっしゃるドクターがたくさんおられる。すべての回リハ病棟の現場ではそうした医師の登場、活躍を期待しているが、現実に医師自身の気構えがそうならないために現場の有能なスタッフたちが苦悩している。そういう回リハ病棟があちこちに垣間見える。それでも、「チームでアプローチしよう」という気運は高まっている。

そして、教育研修体制の充実、フォローアップ体制と在宅部門の整備が必須である。「在宅を知らずして回復期を語るなかれ」であり、在宅を知らないスタッフが回リハ病棟で働いていても成果は半減する。つまり、回リハ病棟をもっているところは必ず在宅のリハサービスを手がけるべきである。

超高齢社会となり、リハ医療に対する社会からの期待はきわめて大きいものがある。リハメインなき実践は国民からの期待を裏切り、リハ医療への信頼を失うことになりかねない。

今後10年間、ひたすら質の向上を目指し努力する、そういう時期であると確信している。