

リハビリテーション部門拡充の収支試算： 病院経営と社会への影響に関する一考察

奈良県立医科大学健康政策医学講座
山本 恵美、小川 俊夫、今村 知明

背景

- 早期リハビリテーション加算の創設等、急性期リハビリテーション介入の重要性への認識は高まりつつある。
- 依然として、充分なリハビリテーション機能を持たない病院も多く、リハビリテーション部門の人的資源の充実が必要と考えられる。
- 急性期を担う病院のうち、特に国公立病院においては、リハビリテーション技師数が少ない場合が多い。

目的

- リハビリテーション技師の勤務実態と収支の面から技師増員の可能性を検討する。
- 技師増員に伴う病院経営や地域社会への影響について考察を行う。

方法

- モデル病院を設定(実在する自治体病院を参考)

項目	数値	単位
病床数	600	床
リハビリテーション部門の体制		
専任医師	1	人
理学療法士	6	人
作業療法士	1	人
言語聴覚士	1	人
リハビリテーション実施単位数		
脳血管(Ⅱ)	18,300	単位
運動器(Ⅰ)	8,000	単位
呼吸器(Ⅰ)	4,000	単位
年間人件費		
医師(50歳代、年収約1,110万円の医師、週2日の専任扱いと仮定)	450	万円
技師(平均37.7歳、全員常勤と仮定)	730	万円

方法

- 勤務実態表の作成
1日の勤務時間を8時間とし、リハビリテーション1単位(20分)毎の作業内容を記録
- 必要技師数の算出
技師1人あたりの担当患者数を維持しつつ、担当患者の約半数に2単位のリハビリテーションを提供すると仮定した場合の、必要技師数を推計
- 増員の収支の試算
必要技師数の推計をもとに、増員前後の収支を試算
・収入=施設基準に基づく疾患別の算定料×実施単位数 の総計
・支出=医師の人件費×人数 + 技師の平均人件費×人数
※増員後の実績単位数は、各技師数に応じて単純に積算したものとす

結果:勤務実態表

- ほとんどの患者が1人1日1単位のみのリハビリテーション提供となっていることが明らかになった

	9時	10時	11時	12時	13時	14時	15時	16時
理学療法士	脳 脳 呼 呼 運 空	脳 脳 空 空 空	脳 脳 空 空 空	脳 脳 空 呼 呼 運 空	脳 脳 空 呼 呼 運 空	脳 脳 空 呼 呼 運 空	脳 脳 空 呼 呼 運 空	脳 脳 空 呼 呼 運 空
作業療法士	脳 脳 運 運 運 空	脳 運 空 空 空	脳 運 空 空 空	脳 運 空 空 空	脳 運 空 空 空	脳 運 空 空 空	脳 運 空 空 空	脳 運 空 空 空
言語聴覚士	空 空 脳 空 脳 空	空 空 脳 空 空 空	空 空 脳 空 空 空	空 空 脳 空 空 空	空 空 脳 空 空 空	空 空 脳 空 空 空	空 空 脳 空 空 空	空 空 脳 空 空 空

※ 脳:脳血管リハビリ 運:運動器リハビリ 呼:呼吸器リハビリ
空:カンファレンスやカルテ記載、昼休憩など収益性のない業務への従事時間を表す

- ◆ 理学療法士: 患者16人担当(うち2単位実施は1患者)
- ◆ 作業療法士: 患者16人担当(うち2単位実施は1患者)
- ◆ 言語聴覚士: 患者7人担当(うち2単位実施は1患者)

結果:必要技師数の推計

- ❖ 担当患者の約半数に、2単位リハビリを提供すると仮定した場合、理学療法士と作業療法士で約1.5倍(25/17単位)、言語聴覚士で約1.3倍(11/8単位)の増員が必要と推計された

● 現状

	担当患者数			単位数
	1単位	2単位	合計	合計
理学療法士	15人	1人	16人	17単位
作業療法士	15人	1人	16人	17単位
言語聴覚士	6人	1人	7人	8単位

● 担当患者の約半数に2単位リハビリを提供すると仮定した場合

	担当患者数			単位数
	1単位	2単位	合計	合計
理学療法士	7人	9人	16人	25単位
作業療法士	7人	9人	16人	25単位
言語聴覚士	3人	4人	7人	11単位

結果:技師増員前後の収支試算

※条件として、増員によって脳血管リハビリの施設基準が(Ⅱ)から(Ⅰ)へ変更したと仮定

- ❖ 算出された必要技師数をもとに、増員前後の収支を試算した結果、増員前は約115万円の支出、増員後は約560万円の増収と推計された

増員前: 医師1名、理学療法士6名、作業療法士1名、言語聴覚士1名

単価	脳血管リハ料(Ⅱ)		運動器リハ料(Ⅰ)		呼吸器リハ料(Ⅰ)		総単位数	総収入		
	単位数	点数	単位数	点数	単位数	点数				
200	18,300	3,660,000	175	8,000	1,400,000	170	4,000	680,000	30,300	57,400,000
[人件費]専任医師1名+技師8名									58,544,842	
[収支]									-1,144,842	

増員後: 医師2名、理学療法士9名、作業療法士3名、言語聴覚士2名

単価	脳血管リハ料(Ⅰ)		運動器リハ料(Ⅰ)		呼吸器リハ料(Ⅰ)		総単位数	総収入		
	単位数	点数	単位数	点数	単位数	点数				
245	31,800	7,791,000	175	13,750	2,406,250	170	6,000	1,020,000	51,550	112,172,500
[人件費]専任医師2名+技師14名									106,563,946	
[収支]									5,608,554	



考察

- モデル病院においては、少ない技師数で多くの患者にリハビリテーションを提供するため、患者1人1日あたり1単位のみでのリハビリテーション提供になっていることが明らかとなった。
- 効果的なリハビリテーションの提供のためには、1単位では不十分であり、今後2単位以上のリハビリテーションの提供の必要性や重要性が増加すると考えられるが、技師数が充分でない場合は、その対応が難しいため、増員が必要であることが示唆された。
- リハビリテーション技師の増員は収益性の改善のみならず、患者へのより効果的なリハビリテーションの提供を可能にすると考えられ、在院日数の短縮、さらには病床回転率の向上を実現させることも期待されることから、部門のみではなく、病院全体の機能向上に繋がる可能性がある。

9



考察

- リハビリテーション部門が充実した病院は、より多くの患者のニーズにこたえることが可能となり、充実したリハビリテーションの提供が患者の機能予後への改善にも効果を示すとされていることから、地域医療の充実に貢献できると考えられる。
- なお、本研究は、あくまで、モデル病院における試算であり、他の病院に本研究結果をそのまま適用することはできないが、本研究の分析手法を適用することは可能と考えられる。

10