

# リハビリテーション部門における医療提供体制を考える

## —H県立病院を中心に—

荻野 匡俊

キーワード：リハビリテーション部門、医療提供体制、採算性、マネジメント

### 1. はじめに

日本は少子高齢化社会を迎えている。平成 26 年度高齢社会白書によると、65 歳以上の高齢者人口は、過去最高の 3,190 万人となり、総人口に占める割合（高齢化率）も 25.1%と過去最高となった。また 75 歳以上の人口は 1,560 万人で、総人口に占める割合は 12.3%である。今後も高齢者人口は増加を続け、いわゆる団塊の世代が 65 歳以上となる平成 27（2015）年には 3,395 万人となり、75 歳以上の後期高齢者となる 37（2025）年には 3,657 万人に達すると見込まれている。この高齢化の進行に伴い多様化する医療ニーズに対応するため、医療提供体制の再構築と地域包括ケアシステムの構築が図られているところである。この地域社会環境の変化の中で、各病院は今後のめざすべき方向性と限られた医療資源の下で効率的かつ効果的な病院経営を持続する必要性に迫られている。病院経営を考える際、病院が置かれている現状を把握し、この現状を踏まえた上で実施すべき重点的な経営課題として戦略を立て進めていくことが重要である。

病院経営については非営利の原則を示しており利益の追求が第一ではないが、質の高い医療を提供するためには利益確保と安定した経営基盤が必要である。今回発表された「新公立病院改革ガイドライン」で、公立病院改革の目的は、地域に必要な医療提供体制の確保を図り、その中で公立病院が安定した経営の下でへき地医療・不採算医療や高度・先進医療等を提供する重要な役割を継続的に担っていくことができるようにすることであるとし、そのためには、医師をはじめとする必要な医療スタッフを適切に配置できるよう必要な医療機能を備えた体制を整備するとともに、経営の効率

化を図り、持続可能な病院経営を目指すものであると経営の効率化の重要性が述べられている。さらに経営の効率化については、経営指標に係る数値目標の設定が定められ、収入確保に積極的に取り組むことが重要であると強調されている。収入確保と安定した病院経営を運営するには、現場を含む組織全体でマネジメントの質を上げていく必要があり、さらに各組織が採算性を意識したマネジメントを行っていくことが重要である。

その中で、リハビリテーション部門については出来高払いであることから、収益面については詳細な管理を行っている病院は多いが、費用面では十分な管理を行っている病院は極めて少ない。リハビリテーション部門が病院経営に寄与するためには、今後、収益と費用を意識した管理体制の強化を図ることが求められ、リハビリテーション単独の採算性を把握したうえで必要な体制の整備と質の高いリハビリテーションの提供に努めていく必要があると考えられる。

そこで、本研究ではリハビリテーション部門における採算性を明らかにするとともに、医療提供体制の変革に伴い、今後、どのようなマネジメントを行っていくべきかを考察することである。

## 2. H県立病院リハビリテーション部門における採算性に関する分析

リハビリテーション部門の収益と費用を考慮した場合、リハビリテーション部門は病院経営の収益性向上に貢献しているのか、それとも不採算の状態にあるのか、マネジメントを行う上で当然把握しておく必要がある。把握するための会計の体系には、大きく財務会計と管理会計があるが、貸借対照表や損益計算書、キャッシュフロー計算書等をベースにした財務会計は、病院全体としての損益の状況や問題点を把握することはできるが、損益を全体として把握するための部門・診療科ごとの業績評価をすることができない。また、コスト面において部門別・診療科別に問題点を把握できないため、直接的な原因を発見することが困難である。さらに病院全体としての将来計画しか策定できないなど限界がある。

一方、原価計算などの手法を利用した管理会計は、各部門がそれぞれの部門で発生している原価を把握することによりコスト管理・経営管理分析や予算管理を行うことが可能になる。また、財務会計で把握できなかった原価を部門別・診療科別・患者別・DPC別に把握できるようになるため、部門・診療科別等に原価対収益での分析や評価が可能となる。さらに経営分析ツールとして活用することで、病院経営意思決定への

活用、自院の問題点の把握、医療従事者のコスト意識向上、クリニカルパス作成情報の提供などに活用できるなど利点は大きい。

リハビリテーション部門における原価について見てみると、材料費等の変動費はほとんど発生しないため、給与費や経費、リハビリテーション器機などの減価償却費等の固定費で占められる。これらの原価をもとに原価計算を行うことはマネジメントを行う上で重要であると考えられる。今回、H県立病院各リハビリテーション部門について原価計算手法を用いた損益分析を行い、リハビリテーション部門全体の問題点の把握とその問題点に対する取り組み、さらに今後の医療提供体制のあり方について考えていきたい。

### 3. リハビリテーション部門における収益と原価の概要

リハビリテーション部門における収益と原価の概要について述べる。収益はリハビリテーション部門で得る収益のみを、原価はその運営で費消される原価のみを扱う。平成25年度の収益と原価をもとに損益分析を行い、平成21年度から24年度についても同様の方法を用い5年間の推移を見る。

対象病院はH県立病院で理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、物理療法士が所属する10病院のうち、精神科専門のI病院と平成25年度時点でリハビリテーション科を標榜していないJ病院の2病院を除く8病院とした。なお、8病院の中で平成24年度からリハビリテーション科を標榜したG病院については、21年度から23年度は対象から除外する。なお、今回取り扱う金額については、平成21年度から25年度H県病院局が公表した病院年報を基本とする。リハビリテーションを担当するリハビリテーション医が配置されている病院は1病院のみであり、その他の病院は整形外科や神経内科など他科の医師が兼務している病院が多い。そこで今回の原価に医師の給与費は含まないものとして扱う。また、医業外損益も本来対象とすることが望ましいが、医業収益と医業費用は対応していることが前提であり、医療サービスの提供によって得られる医業収益のみを扱うため、医業外収益は今回対象としない（よって支払利息等の医業外費用も対象としない）。特別損益については、通常、異常な状態を原因とする損益であることから対象から除いている。

### 3-1. 収益の概要

今回取り扱う収益は、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士によるリハビリテーション部門のみの収益である。各年度の年間収益から月収益として算出し各病院のリハビリテーション部門収益とした。

#### 3-1-1. 施設基準と診療点数

リハビリテーションにおける施設基準と主な診療点数は表1のとおりである（一部省略）。施設基準は、対象疾患による疾患区分と、リハビリテーションに従事する理学療法士、作業療法士、言語聴覚士のセラピストの人数によってⅠ～Ⅲに区分され、それぞれに診療点数が定められている。なお、セラピストの人数による区分の詳細を表2に示す。

表1：リハビリテーション施設基準と診療点数（平成26年度改定）

区 分		疾患別リハビリテーション					がん患者 リハビリテーション
		心大血管疾患	脳血管疾患等		運動器	呼吸器	
点 数 (1単位)	Ⅰ	205点	右記以外 245点	廃用症候群 180点	180点	175点	205点
	Ⅱ	105点	右記以外 200点	廃用症候群 146点	170点	85点	
	Ⅲ	-	右記以外 100点	廃用症候群 77点	85点	-	
早期リハビリテーション加算		+30点（1単位につき、入院患者のみ、起算日より30日以内に限り）					-
初期加算		+45点（1単位につき、入院患者のみ、起算日より14日以内に限り）					-
リハビリテーション総合計画評価料		+300点（一患者につき月1回）					
退院時リハビリテーション指導料		+300点（退院時）					

表 2：セラピストの人数による施設基準分類

	心大血管疾患	脳血管疾患等	運動器	呼吸器	がん
I	専従の常勤理学療法士及び専従の看護師が合わせて2名以上又は専従の常勤理学療法士もしくは専従の常勤看護師のいずれか一方が2名以上	専従の常勤理学療法士5名以上、専従の常勤作業療法士3名以上、言語聴覚療法を行う場合は専従の常勤言語聴覚士1名以上で合わせて10名以上	専従の常勤理学療法士又は専従の常勤作業療法士が合わせて4名以上	専従の常勤理学療法士1名以上を含む常勤理学療法士又は常勤作業療法士が合わせて2名以上	専従の常勤理学療法士、常勤の専従作業療法士又は常勤の言語聴覚士が2名以上
II	専従の理学療法士又は看護師のいずれか1名以上	専従の常勤理学療法士1名以上、専従の常勤作業療法士1名以上、言語聴覚療法を行う場合は専従の常勤言語聴覚士1名以上で合わせて4名以上	専従の常勤理学療法士2名以上、専従の常勤作業療法士2名以上、専従の常勤理学療法士及び専従の常勤作業療法士が合わせて2名以上のいずれか	専従の常勤理学療法士又は常勤作業療法士が1名以上	
III	-	専従の常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士のいずれか1名以上	専従の常勤理学療法士又は専従の常勤作業療法士がいずれか1名以上	-	

### 3-1-2. 収益に関係する変数と構造

各病院の取得した施設基準、患者業務に携わるセラピスト数とリハビリテーション提供量、各種加算によって収益は決定される。収益に係る変数と構造は以下のとおりである。

#### ① 疾患別リハビリテーション料およびがん患者リハビリテーション料

施設基準の疾患区分は、対象疾患によって心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料、呼吸器リハビリテーション料などの疾患別リハビリテーション料とがん患者リハビリテーション料に区分され、それぞれに点数が定められている。脳内出血や脳梗塞などの脳血管疾患等リハビリテーション料は点数が高く、廃用症候群は同じ脳血管疾患等リハビリテーション料に区分されているが点数は低い。よって、病院の扱う対象疾患の割合によって収益は左右される。

## ② 単位数

治療時間 20 分を 1 単位とし、同一患者に 1 日最大 6 単位まで算定が可能である（別に厚生労働大臣が定める患者については 1 日 9 単位）。また、セラピスト 1 人で 1 日最大 24 単位、週 108 単位と上限が定められているが、18 単位が全国標準とされる実施可能単位数である。各セラピストが実施した単位数に施設基準の点数を乗じた合計が 1 日のリハビリテーション部門の収益となる。

## ③ 年間出勤日数

リハビリテーションは出来高払い方式であることから、セラピストの出勤日数が多い程、収益は増大する。

## ④ セラピスト数

理学療法士、作業療法士、言語聴覚士のセラピスト数が多い程、収益は増大する。しかし、給与費などの固定費が増大するため、各施設の仕事量に見合った人員配置が必要である。

## ⑤ 各種加算

起算日から 30 日に限り早期リハビリテーション加算が算定可能で、14 日に限り初期加算も同時に算定可能である。発症または受傷あるいは手術日から早期に介入することで加算を算定することができる。機能回復の観点からも早期からの介入が望ましい。

## ⑥ リハビリテーション総合計画評価料

医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等の多職種が共同してリハビリテーション計画を策定し、算定すべきリハビリテーションを行った場合に、患者 1 人につき 1 月に 1 回に限り算定できる。患者件数が多いほど収益は増大する。

## ⑦ 退院時リハビリテーション指導料

入院していた患者の退院に際し、患者の病状、患家の家屋構造、介護力等を考慮しながら、患者又はその家族等退院後患者の看護に当たる者に対して、リハビリテーションの観点から退院後の療養上必要と考えられる指導を行った場合に算定できる。自宅退院患者が多いほど収益は増大する。

### 3-2. 原価計算手法の導入のプロセスと原価の概要

原価計算手法の導入のプロセスと原価の概要について述べる。原価についてはリハビリテーションの運営で費消される医業費用のみを扱う。

#### 3-2-1. 原価部門の設定

全国公私病院の病院部門別診療科別原価計算調査報告の部門設定は、

- a. 入院部門 b. 外来部門 c. 手術部門 d. 人工透析部門 e. 放射線部門 f. 検査部門  
g. リハ部門 h. 薬剤部門 i. 給食部門 j. 公衆衛生活動部門 k. 看護婦養成部門  
に分類している。今回の原価部門の設定ではこの分類を参考に、  
a. 入院部門 b. 外来部門 c. 手術部門 d. 放射線部門 e. 検査部門 f. 薬剤部門  
g. 給食部門 h. リハ部門 i. 補助・管理部門 と機能別に部門設定した。  
a. 入院部門から h. リハ部門までを主部門とする。

#### 3-2-2. 原価の分類

H県立病院年報の損益計算書では、医業費用を、給与費、材料費、経費、減価償却費、資産減耗費、研究研修費に分類しており、今回の原価はこの分類を使用する。

#### 3-2-3. 原価の概要と配賦基準

病院会計準則では費用を、医業費用、医業外費用、臨時費用に分類されるが、リハビリテーション部門における収益と原価の概要で述べたとおり、今回は医業外費用と臨時費用は扱わない。表3は医業費用と配賦基準を一覧表にしたものであり、以下詳細に述べていく。

表3：医業費用と配賦基準

医業費用	配賦基準
給 与 費	一般行政職平均給与月額×セラピスト数（医師以外）
材 料 費	取り扱わない
経 費	病院全体の総費用を収入対比で按分 収入対比=リハビリテーション部門月収益÷病院全体の月総収益
減 価 償 却 費	面積比率
資 産 減 耗 費	取り扱わない
研 究 研 修 費	人員比率

### ① 給与費

給与費には、病院に勤務する医師、看護師、医療技術員、事務員、技能労務員等の職員に支払われる人件費で、給料、手当、賞与、退職給付費用、法定福利費がある。費用の中で最も大きく、一般急性期病院では医業費用全体の50～60%を占める。

今回、給与費はH県が地方公務員給与実態調査において明らかにした一般行政職平均給与月額を扱う。平均給与月額は給料月額と毎月支払われる扶養手当、地域手当、住居手当、時間外勤務手当などのすべての諸手当の額を合計したものである。期末手当・勤勉手当は1人当りの平均支給年額を月割で算出し平均給与月額と合算する。再任用職員と臨時的任用職員については常勤換算職員数として扱い、日々雇用の給与費は出勤数に応じて支払った額を扱う。リハビリテーション医が所属する場合は医師の給与費は含まれるのが基本であるが、リハビリテーション医が所属しているのは1病院のみであることから今回の原価に医師の給与費は含まないものとして扱う。

### ② 材料費

材料費には、薬品費、診療材料費、医療消耗備品費、給食材料費がある。薬品費は、内服薬、注射薬、外用薬、検査用試薬、造影剤等が含まれる。診療材料費は、カテーテル、手術時の縫合糸、医療用酸素、ギプス粉、レントゲンフィルム等である。給食材料費は、普通食や特別食等の材料費、食器等の容器代、洗剤等である。医療消耗備品費は、診療用、検査用、手術用、病棟用等の消耗備品や物品等である。材料費は医療機関によって異なるが、おおむね医業費用全体の10～20%強を占める。各診療科別に使用した材料費を把握することが理想であるが、リハビリテーション部門については、業務上の性質から材料費はほとんど発生しないため、今回は取り扱わないこととする。

### ③ 経費

病院を運営するために通常要する費用で、厚生福利費、旅費交通費、職員被服費、光熱水費、消耗品費、保険料、燃料費、修繕費、委託料、通信運搬費等の費用があり、1か月分の費消額を算出し使用する。リハビリテーション部門単独での把握が困難であることから、今回は、日本リハビリテーション医学会社会保険等委員会が実施した第1回リハ部門の原価計算調査要項（1986年10月実施）で使用された病院全体の総費用を収入対比で按分する方法を使用する。収入対比はリハビリテーション部門の月収益を病院全体の月総収益で除して算出する。



#### ④ 減価償却費

設備の取得・使用・維持に係る費用は設備関係費として区分され、減価償却費等が計上される。減価償却費は可能な限り部門に直課することが望ましいが、リハビリテーション部門建物・付帯設備の単独の減価償却費の把握が困難であることから面積比率で配賦する。

#### ⑤ 資産減耗費

固定資産除却費とたな卸資産減耗費に分類される。固定資産除却費は、固定資産が使用により滅失し、又はその機能的に資産本来の使用に耐えなくなったときは、この固定資産を廃棄し、その帳簿価格を除かなければならない。これを除却といい、除却の際にこの固定資産の未だ減価償却費として費用化されていない額を除却費として計上する。たな卸資産減耗費は、たな卸資産を保管しているうちに、破損したり紛失したりして実際の数量が帳簿上のそれと一致しないことや資産としての価値を失うこともありえる。このような場合実地たな卸によってこれを確認した際に、この一致しない額をたな卸資産減耗費として計上する。なお、固定資産減耗費は、リハビリテーション部門に多くの固定資産がないこと、また、たな卸資産減耗費については材料費がほとんど発生しないため損失のみを割り振るには論理性にかけること、などから今回はこの資産減耗費については取り扱わない。

#### ⑥ 研究研修費

研究研修費は、共同研究や治験用材料などの研究材料費、謝金、単行本や月刊誌等の図書費、病院内外の学会、研修会、講演会等に参加するための会費や旅費交通費等を計上する。特定できるものはその部門に計上するのが原則である。特定できない場合は医師数比率で配賦する場合があるが、今回は、病院職員の人員比率の配賦基準を使用する。

### 3-2-4. 原価の配賦方法

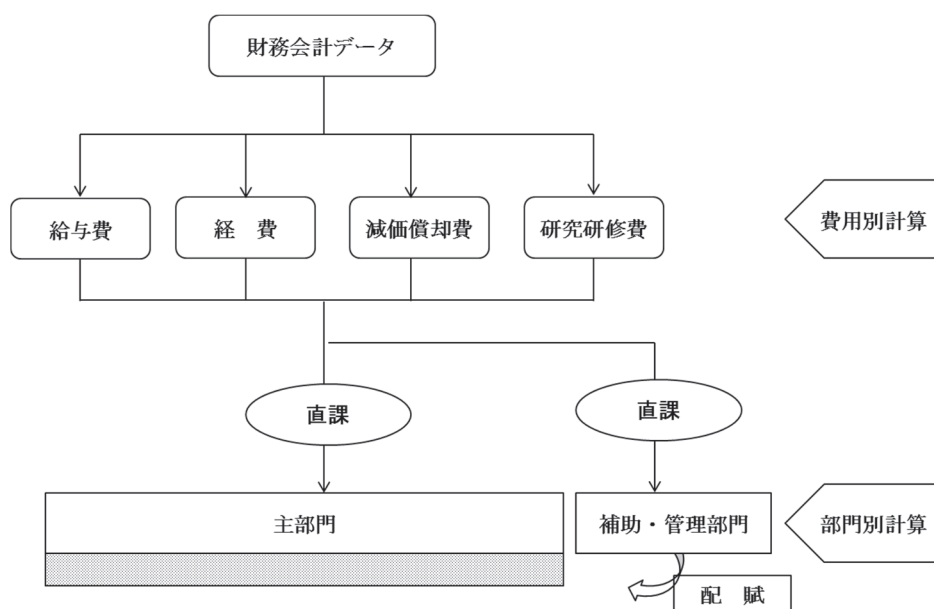
部門別の基本フォーマットを原価部門の設定を行った結果をもとに表4(次項参照)として示す。補助・管理部門は収益がないため、原価のみの扱いとなる。原価の集計イメージと配賦方法を図1(次項参照)に示す。既存の財務会計データから、給与費、経費、減価償却費、研究・研修費の費目別に医業費用を取り出し、それを主部門と補助・管理部門に直課し、さらに補助・管理部門から主部門へ配賦する流れを示してい

る。なお、経費、減価償却費、研究・研修費はそれぞれの配賦基準を用いて配賦する。また、補助・管理部門に計上された費用についても適切な配賦基準を用いて配賦する。

表 4：部門別基本フォーマット

	主部門								補助・ 管理部門
	入院	外来	手術	放射線	検査	薬剤	給食	リハビリ	
収益	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	
原価	××	××	××	××	××	××	××	××	××
損益	△△	△△	△△	△△	△△	△△	△△	△△	△△

(出所：実践病院原価計算 第2版より改編)



(出所：原価計算による病院マネジメントより改編)

図 1：原価の集計イメージと配賦方法

### 3-2-5. 原価計算手法の基本骨格

それぞれの原価を主部門および補助・管理部門に直課し、さらに補助・管理部門を主部門に配賦する。しかし、補助・管理部門の原価を正確に把握するためには、病院全体の部門別原価計算調査が必要であることから、今回、二木立（1994）の先行研究にある簡便法を使用する。この簡便法は全国公私病院連盟・日本病院会の「1984年10

月病院部門別原価計算調査報告」の実測値を用いて、直接原価に一定数 0.245 を掛けた推計値を用いる。つまり、あらかじめ直接原価と補助・管理部門の原価を 8 対 2 と仮定し、直接原価のみを実際に調査したものであり、調査表の調査項目・集計基準を大幅に簡略化したものである。二木立の原価計算の基本骨格を表 5 (a) に示す。なお、一定数 0.245 の算出方法は以下のとおりである。

直接原価×0.245\*の計算方法

直接原価÷原価総額（直接原価+間接原価）=0.803

→間接原価（間接部門・本部費配賦）=直接原価×（1.000-0.803）÷0.803

=直接原価×0.245

表 5 (a) の原価計算調査表にある原価項目を、今回扱う原価項目へ変更し、使用する骨格を表 5 (b) のように変更した。この原価計算基本骨格をもとに、対象とするH 県立各病院の原価計算を行う。

表 5 (a) : 原価計算調査表の骨格 (二木 立)

A. 収益	
B. 原価総額 (1+2)	
1. 直接原価 (①-⑥計)	
① 医師給与費	
② 医師以外給与費	
③ 材料費	
④ 経費	
⑤ 減価償却費	
⑥ 研究研修費	
2. 補助部門・本部費配賦	直接原価×0.245*
C. 収益100対原価総額	B/A

(b) : 原価計算調査表の骨格 (筆者修正)

A. 収益	
B. 原価総額 (1+2)	
1. 直接原価 (①-⑥計)	
① 給与費	
② 材料費	
③ 経費	
④ 減価償却費	
⑤ 資産減耗費	
⑥ 研究研修費	
2. 補助・管理部門費	直接原価×0.245*
C. 収益100対原価総額	B/A

## 4. 各病院における損益分析

### 4-1. 各病院における経営状況

H 県立各病院の平成 25 年度経営状況を表 6 (次項参照) に示す。3 病院で当期純損益が赤字である。E 病院は新病院への移転に伴う診療制限や休止病床等による患者数減少、さらに旧 E 病院の特別償却 (約 20 億) を特別損失に計上したため赤字となっている。D 病院は旧 D 病院土地売却益の特別利益が皆減等により 24 年度の黒字から赤字に転じている。F 病院は医師不足と診療機能低下に伴い厳しい経営状況が続いている。

表 6 : H 県立病院経営状況 (平成 25 年度)

(単位 : 円)

	A 病院	B 病院	C 病院	D 病院	E 病院	F 病院	G 病院	I 病院
事業収益	15,530,327,706	6,210,712,405	9,102,039,794	9,050,461,798	8,773,236,699	3,010,058,999	12,803,971,218	10,061,255,953
業外収益	1,361,994,408	730,364,561	1,310,240,241	1,515,083,539	1,706,047,155	947,645,998	1,077,222,980	1,240,245,067
特別利益	12,872,799	9,492,613	16,816,939	1,206,428	9,924,821	532,932	3,625,954	2,227,575
利益計	16,905,194,913	6,950,569,579	10,429,096,974	10,566,751,765	10,489,208,675	3,958,237,929	13,884,820,152	11,303,728,595
事業給与費	8,138,896,026	4,319,105,023	5,620,631,451	5,745,119,508	6,350,374,681	2,886,366,618	5,889,841,682	4,878,074,300
材料費	4,756,323,980	1,276,534,191	2,093,801,539	2,413,428,505	2,510,450,867	611,999,585	4,679,539,880	4,001,428,738
業経費	2,071,759,661	940,413,312	1,287,130,634	1,395,344,124	1,633,576,853	799,236,492	1,656,743,052	1,212,296,354
減価償却費	467,093,595	165,997,788	444,105,153	606,672,023	120,585,458	204,665,148	589,206,913	409,682,693
資産減耗費	4,289,898	6,065,649	20,767,116	2,028,147	96,994,333	5,198,831	13,064,147	111,512,058
研究研修費	116,617,993	42,002,894	42,717,571	40,118,362	39,850,732	17,700,587	113,762,035	48,810,581
費用小計	15,554,981,153	6,750,118,857	9,509,153,464	10,202,710,669	10,751,832,924	4,525,167,261	12,942,157,709	10,661,804,724
業外費用	394,875,012	147,125,222	372,736,754	494,979,318	451,862,470	105,284,809	395,628,275	299,870,414
特別損失	6,172,163	12,909,527	17,449,775	17,280,254	1,910,626,995	648,055	5,487,079	14,818,456
費用計	15,956,028,328	6,910,153,606	9,899,339,993	10,714,970,241	13,114,322,389	4,631,100,125	13,343,273,063	10,976,493,594
差引損益	949,166,585	40,415,973	529,756,981	△148,218,476	△2,625,113,714	△672,862,196	541,547,089	327,235,001
附帯事業差引損益	1,365,768	0	0	0	7,015,338	△784,044	0	0
当期純損益	950,532,353	40,415,973	529,756,981	△148,218,476	△2,618,098,376	△673,646,240	541,547,089	327,235,001

## 4-2. リハビリテーション部門における損益分析結果

### 4-2-1. 平成 25 年度損益分析結果および 5 年間の推移

原価の概要で定めた配賦基準をもとに、平成 25 年度各病院の損益分析を行った結果、黒字は 1 病院のみで 7 病院が赤字であった。収益 100 対原価総額 (%) が 90% 以下なら「健全経営」、95% を超えると「赤信号」である。なぜ、100% では不足かという、当該施設・部門の維持・発展のためには、適正な経営余剰（適性利潤）の確保が不可欠だからである。損益分析結果から、A 病院のみが 84% と「健全経営」であったが、その他の病院は赤字で、中には 200% を超える病院もあり厳しい病院経営状態がそのまま反映された病院もある。全病院でも 119% と赤字を示しており、原価総額を超える収益を得ることができていないことがわかった。その中で、A 病院、C 病院、D 病院、I 病院、全病院の平成 25 年度損益分析結果を表 7 に、また、収益 100 対原価総額の 5 年間（平成 21～25 年度）の推移を表 8（次項参照）に示す。A 病院は 24 年度から黒字化を達成。C 病院、D 病院、I 病院は赤字が続いているが、赤字幅は徐々に減少傾向にあり、特に I 病院は 110% と黒字化まであと一步のところまで改善している。

表 7：平成 25 年度損益分析結果

(単位：円)

	A 病院	C 病院	D 病院	I 病院	全病院
A. リハ収益 (月)	17,717,661	5,686,451	5,159,113	11,361,113	57,695,535
B. 原価総額 (1+2)	14,853,713	8,151,139	7,664,102	12,479,235	68,923,216
1. 直接原価 (①-⑥計)	11,930,693	6,547,100	6,155,905	10,023,482	55,360,013
①給与費	9,073,776	5,331,184	4,645,184	8,054,776	43,596,946
②材料費	-	-	-	-	-
③経費	2,363,552	804,128	795,400	1,368,918	8,538,206
④減価償却費	338,494	362,602	667,646	501,774	2,684,399
⑤資産減耗費	-	-	-	-	-
⑥研究研修費	154,871	49,185	47,675	98,013	540,462
2. 補助・管理部門費	2,923,020	1,604,039	1,508,197	2,455,753	13,563,203
C. 収益100対原価総額 (%)	84%	143%	149%	110%	119%

表 8 : 収益 100 対原価総額 5 年間の推移

(単位 : %)

	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度
A病院	125	119	114	90	84
C病院	198	192	157	138	143
D病院	228	160	178	169	149
I病院	185	169	174	120	110
全病院	153	138	144	124	119

#### 4-2-2. 平成 25 年度業績結果および 5 年間の推移

内容は、年延セラピスト数、年延総単位数、年延患者数、セラピスト 1 人 1 日当り単位数、セラピスト 1 人 1 日当り患者数、患者 1 人当り単位数である。平成 24 年度から黒字化を達成している A 病院は、年延技術員数/年延総単位数/年延患者数が他病院より圧倒的に多い。また、セラピスト 1 人 1 日当り単位数は A 病院 17.8 単位と最も高く、その他の病院は 14~16 単位を推移している。全病院についても 15 単位台を推移しており、全国標準とされる実施可能単位数 18 単位と比較すると H 県立病院の単位数が低いことがわかる。セラピスト 1 人当り患者数はばらつきが見られるが、A 病院、C 病院、I 病院はセラピスト 1 人 1 日当り患者数が比較的少なく、5 年間の推移でも同様の傾向にある。患者 1 人当り単位数は、A 病院 2.1 単位、C 病院 1.7 単位、I 病院 1.8 単位と D 病院よりも長い治療時間が提供できていることになる。

4 病院および全病院の平成 25 年度業績結果を表 9 に、セラピスト 1 人 1 日当り単位数、セラピスト 1 人当り患者数、患者 1 人当り単位数それぞれの 5 年間推移を表 10 (a) (b) (c) に示す。

表 9 : 平成 25 年度業績結果

	A病院	C病院	D病院	I病院	全病院
年 延 セ ラ ピ ス ト 数	4,601	2,096	1,802	3,498	18,476
年 延 総 単 位 数	81,679	31,281	30,209	49,462	288,938
年 延 患 者 数	39,776	18,808	22,831	27,508	175,373
セラピスト1人1日当り単位数	17.8	14.9	16.8	14.1	15.6
セラピスト1人1日当り患者数	8.6	9.0	12.7	7.9	9.5
患者 1 人 当 り の 単 位 数	2.1	1.7	1.3	1.8	1.6

表 10：業績結果の5年間の推移

(a)：セラピスト1人1日当りの単位数

	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度
A病院	14.9	16.2	15.7	17.4	17.8
C病院	12.3	13.4	13.2	13.6	14.9
D病院	8.9	15.8	13.5	15.5	16.8
I病院	12.3	15.1	15.4	13.9	14.1
全病院	13.4	15.6	15.3	15.6	15.6

(b)：セラピスト1人1日当りの患者数

	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度
A病院	8.1	9.1	7.7	8.2	8.6
C病院	9.1	8.9	9.4	8.4	9.0
D病院	9.3	13.0	11.6	12.8	12.7
I病院	8.3	10.5	9.5	8.0	7.9
全病院	9.7	10.7	10.4	9.8	9.5

(c)：患者1人当りの単位数

	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度
A病院	1.8	1.8	2.0	2.1	2.1
C病院	1.4	1.5	1.4	1.6	1.7
D病院	1.0	1.2	1.2	1.2	1.3
I病院	1.5	1.4	1.6	1.7	1.8
全病院	1.4	1.5	1.5	1.6	1.6

#### 4-2-3. 収益100対原価総額の比較

県立病院の結果と比較するため、データ取得可能であった他自治体病院と民間病院の収益100対原価総額を算出した。自治体病院については原価計算調査の骨格に必要なデータを各病院年報や地方公営企業年鑑から、民間病院については年報やホームページから取得した。なお、民間病院の平均月収額は厚生労働省賃金構造基本統計調査の平均年収を月割りして使用し、原価総額を把握するためのデータが部分的に取得できない病院については、人件費に医師の費用を含んでいないなど条件に違いがあるが、二木立(1994)の人件費を使用した簡易推計法(人件費を60%で割る、あるいは1.67倍する)を用いて原価総額を算出した。結果を表11(次項参照)に示すが、県立病院に対し他自治体病院と民間病院の収益100対原価総額はいずれも100%以下で、特

に民間病院は77%と「健全経営」であった。

表 11：収益 100 対原価総額の比較

	県立病院 (8)	自治体病院 (9)	民間病院 (6)
リハ収益 (円)	57,695,535	125,947,319	179,333,766
原価総額 (円)	68,923,216	124,958,723	137,577,173
収益100対原価総額 (%)	119%	99%	77%

#### 4-2-4. 損益分析結果と業績結果から

H県立病院の黒字であったA病院は、年延技術員数/年延総単位数/年延患者数が他病院より圧倒的に多い。配置されるセラピスト数に加え、各セラピストが実施可能単位数をほぼ算定できていることから高い収益が得られていると考えられる。また、セラピスト1人1日当り患者数を少なくし、患者1人当たり単位数を増やすことで、他病院と比較して手厚いリハビリテーションの提供ができています。一方、D病院はセラピスト1人1日当り患者数が比較的多いため、複数単位の提供が困難な状況が伺える。可能な限り複数単位が提供できる体制を構築することが望ましいが、配置人数についてはそれぞれの病院の状況もあるため、収益と費用のバランスを考慮した判断が必要である。

I病院については平成25年度110%と赤字であるが、セラピスト1人1日当り単位数を実施可能単位数で換算すると収益100対原価総額が95%となり、黒字へと転換できる。今後、実施可能単位数を意識した業務を行うことで、安定した収益を得ることができると思われる。

一方、他自治体病院や民間病院は黒字化が達成できており、特に民間病院は「健全経営」であった。日頃から実施可能単位数を意識して業務にあたっていると思われ、県立各病院についても、同様の取り組みが必要である。

## 5. 今後の医療体制を考える

医療機関は複数の部門から構成されているが、それぞれの部門の損益は、収益と人件費、さらに薬品や診療材料など多くの原価が複雑に絡んでいる。一方、リハビリテーション部門はリハ収益と人件費といったシンプルな見方で損益を判断される傾向にある。しかし、実際にはリハビリテーション器機の購入費や経費、研究・研修費などの費用も多く、リハビリテーション部門が病院経営に貢献しているのかどうかを判断



するためには原価を無視することはできない。そこで、H県立病院リハビリテーション部門の原価を含めた損益分析を行い、採算性を判断するとともに、その中で問題点を見だし今後の医療提供体制のあり方を構築していくことが今回の主旨であった。

今回の分析結果から、収益性向上とリハビリテーション提供量の観点から、県立病院リハビリテーション部門において二つの医療提供体制が必要であると考えられる。

### **(1) 管理職によるマネジメントと収益性向上**

H県では、リハビリテーション部門に対する需要拡大に伴い、セラピストの正規職員が年々増員され、組織拡大が進められているところである。一方で、増員に伴う人件費や経費などの費用も増大するため、収益とのバランスを考慮した人員配置が求められる。

さて、リハビリテーションの診療報酬は20分を1単位とする単位制が導入されており、「セラピスト数×実施単位数×単価」で容易に収益が算出できることから、原価を正確に求めることで採算性を把握することができる。今回の原価を含めた損益分析結果（平成25年度）から、1病院を除き赤字であることがわかった。また、収益の大半を決定するセラピスト1人1日当りの単位数は、A病院の17.8単位を最高として全病院で15単位前後を推移しており、全国標準とされる実施可能単位数を下回っていた。

民間医療機関では、全国標準とされる実施可能単位数をノルマとして提示し、労働量として数値化した経営管理を行っているところが多い。近年、カンファレンスや各種会議の参加、カルテ記載や各種書類の作成など診療行為以外の業務が多い状況ではあるが、この実施可能単位数を目標数値として掲げ、日頃の業務にあたることが重要である。さらに、前年度の実績や自己評価および反省を踏まえ、年度ごとの目標設定や活動計画などを決めて業務にあたることで、スタッフのコスト意識向上と部門収益の向上につなげていくことができると考えられる。当然、採算性向上を図るには、あわせて経費削減に努めなければならないが、これはリハビリテーション部門だけでなく病院全体の取り組みが必要である。

このような組織運営を図るためには、管理職による組織マネジメント力の強化が必要である。しかし、H県立病院ではリハビリテーション部門を管理する管理職は配置されていないという現状にある（平成27年度病院合併で技師長1名が配置）。今後、病院経営の一翼を担う責任ある部門として管理職は必要不可欠であり、その管理職を中心にマネジメントを行っていくことで、職場環境の管理や職員の健康管理、さらにコスト意識向上による良好な部門収支の計上につながっていくと考えられる。

一方で、専門職であるセラピストは医学的な知識や技術に対する教育・研修は受けているが、組織マネジメントを系統的に学ぶ機会は極めて稀である。今後、マネジメント力を備えた職員を輩出できるようなキャリアパスを県独自で作成するなど環境を整えていく必要があると考えられる。

## (2) リハビリテーション提供量とアウトカムの改善

今回の分析結果から、患者1人当りの単位数については、A病院以外は1単位台であった。1単位20分であることから、A病院は1日40分以上、その他の病院は20分あるいは40分未満のリハビリテーションを提供していることになる。限られた時間の中で、いかに質の高いリハビリテーションを提供し、効果をあげることができるかが重要である。

一方、リハビリテーションの効果については、様々なエビデンスが示されている。ガイドラインでは、脳卒中後遺症に対しては、機能障害および能力低下の回復を促進するために早期から、積極的にリハビリテーションを行うことが強く勧められており（グレードA）、集中的なリハビリテーションでADL（activities of daily living：日常生活動作）の向上が認められ、訓練量の増加でADLが有意に改善し、訓練強度を増すことで死亡、症状増悪率が減少するとされている。また、回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する調査報告書には、1日当りのリハビリテーション提供量とADL改善度（バーセル指数、FIM）には正の相関が見られている。つまり早期からのリハビリテーションの開始と多くのリハビリテーションを提供し最大効果を発揮していく体制強化が必要であるということである。事実、急性期で供給されるリハビリテーション提供量を増やすためのインセンティブとして、早期加算が診療報酬改定ごとに引き上げられている。

さて、2014年の診療報酬改定の重点課題は、「医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実」であった。高度急性期を担う病床の機能の明確化の観点から、7対1入院基本料算定要件の厳格化が、また、自宅への退院促進の観点から、自宅等退院患者割合が75%以上という要件が新設された。さらに、地域包括ケア病棟においても、入院料1（又は入院医療管理料1）を算定するためには、在宅復帰率70%以上であることが要件とされ、療養病床においても、在宅復帰率50%以上のところは「在宅復帰機能強化加算」が新設されるなど、すべての病床において、自宅への退院支援の強化が求められており、それぞれにアウトカム評価が導入されている。回復期リハビリテーション病棟においても、回復期リハビリテーション病棟入院料1の要件として、重

症患者の退院時日常生活機能評価が4点以上の改善が30%以上、退院患者の在宅復帰率も70%以上とアウトカム指標が2012年度に強化されている。

このようなさまざまなアウトカムの改善のためにも、早期リハビリテーションに加え、手厚いリハビリテーションの提供、つまり患者1人当りの単位数を可能な限り増やす必要があると思われる。回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する調査報告書によると、患者1人当たり1日平均のリハビリテーション実施状況は、理学療法3.4単位、作業療法2.8単位、言語聴覚療法2.3単位、1人のセラピストが1日で実施した患者数は、理学療法士4.12名、作業療法士5.12名、言語聴覚士5.19名である。回復期リハビリテーション病棟では、適切な患者数に手厚いリハビリテーションを提供し、アウトカムの改善を図る体制が講じられている。一方、急性期を中心としたH県立病院では、患者数やセラピストの配置人数から回復期病棟のようなリハビリテーションを提供することは困難である。アウトカムの改善という観点から、セラピストの増員によるリハビリテーション提供量の増大を図る必要がある。しかし、そのためにはリハビリテーション部門が業務量と損益分析による採算性をしっかりと示していくことが重要である。

今後、リハビリテーションは包括化の可能性もあり、アウトカムの改善がリハビリテーションの質の評価の指標になることを考えると、セラピストのスキルの向上や多職種との連携、リハビリテーション提供量の増大を図る体制強化は益々重要になってくるであろう。

## 6. おわりに

今回、各病院の原価計算手法を用いた分析結果から、リハビリテーション部門の問題点と今後の医療提供体制のあり方について考察した。リハビリテーション部門は、各病院の診療体制の強化と病院合併に伴い、今後、さらに拡大されると予想される。管理職を中心とした収益性向上とアウトカムの改善を示していく医療提供体制を整えていく必要がある。

一方、今回行った原価計算手法には簡便法を使用していることから、各病院が実際に近い数値を使用し、より正確な分析を行うことで具体的な問題点の把握とその対策を講じることができると考える。リハビリテーション部門がプロフィットセンターの役割を担いながら、アウトカムの改善を示していくことで存在意義を保つことができると考えている。

今後、医療の機能分化推進に伴い、病院完結型医療から地域完結型医療への転換が

図られる中、急性期医療を担う県立病院は、疾患の治療と並行した早期介入と質の高いリハビリテーションを提供し、できるだけ早く、より高いレベルで回復期へつなげていく役割がある。そのためには、リハスタッフの知識やリハ技術の向上に加え、急性期・回復期・維持期それぞれが地域チームの概念のもとで連携強化を図っていくことが重要である。

最後に、筆者自身、大学院で学んだ授業や今回の論文作成を通し、リハビリテーション部門の採算把握、原価（経営）管理意識の向上につながったことは間違いない。今後、良好な収益を得るための努力を続けながら、リハビリテーションの効果を具体的に示していきたい。

## 謝辞

本稿を作成するにあたり、熱心にご指導いただいた兵庫県立大学大学院経営研究科の小山秀夫教授、筒井孝子教授、鳥邊晋司教授、藤江哲也教授、そして有限責任監査法人トーマツの眞岩研徳先生に深く感謝致します。

## 参考文献（引用文献を含む）

- [ 1]朝日監査法人/アーサーアンダーセン(2000)『原価計算による病院マネジメント』中央経済社
- [ 2] 荒井 耕(2009)『病院原価計算』中央経済社
- [ 3] 荒井 耕:原価計算の基礎と医療界での意義. 病院 72:67-71, 2013
- [ 4] 五十嵐邦彦(2003)『医療・介護施設のための原価計算入門』JHO じほう
- [ 5] 池上直己:2025 年を視野に入れた医療提供体制のあり方. 病院 73:933-938, 2014
- [ 6] 石川 誠:回復期リハビリテーション病棟における質の評価. 総合リハ 38:1141-1146, 2010
- [ 7] 一般社団法人回復期リハビリテーション病棟協会:回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する調査報告書. 2014
- [ 8] 井手睦:チームマネジメントと人材養成. 総合リハ 38:923-927, 2010
- [ 9] 宇都宮啓:平成 26 年度診療報酬改定で目指したもの. 病院 73:918-922, 2014
- [10] 川口杏夢:ADL. 総合リハ 43:199-203, 2015
- [11] 川越雅弘:地域包括ケアシステムにおけるリハビリテーション. 総合リハ 42:609-614, 2014
- [12] 国際医療福祉大学出版会(2004)『四訂 医療・福祉経営管理入門』

- [13] 堺常雄、高橋淑郎(2013)『病院経営のイノベーション』建帛社
- [14] 佐藤浩人:病院経営における原価計算の現状と意義. 立命館経 45:127-145, 2006
- [15] 新谷幸子:診療報酬における質の評価の試み. 総合リハ 38:1147-1154, 2010
- [16] 新日本監査法人(2007)『原価計算から始める病院経営入門』ばる出版
- [17]全国公私病院連盟(1997)『平成8年6月病院部門別診療科別原価計算調査報告』
- [18] トーマツ(2015)『会計実務 Q&A 医療機関』中央経済社
- [19] 二木立:リハビリテーション部門の原価計算調査(第1回全国調査). リハビリテーション医学 24:328-333, 1987
- [20] 二木立:リハビリテーション部門の原価計算調査. 総合リハ 22:688-696, 1994
- [21] 半田一登:大きく変化する医療環境に適合した人材育成. 総合リハ 42:943-948, 2014
- [22] 増田正志(2013)『病院会計入門』税務経理協会
- [23] 宮井一郎:回復期リハビリテーション病棟運営に求められるもの. 病院 73:114-119, 2014
- [24] 渡辺明良(2014)『実践病院原価計算』医学書院
- [25] 渡辺明良:多様化する原価計算手法. 病院 71:156-159, 2012

## 引用ホームページ

- [1] 平成26年度高齢社会白書  
[http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2014/zenbun/26pdf\\_index.html](http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2014/zenbun/26pdf_index.html)  
(2015年6月10日アクセス)
- [2] 新公立病院改革ガイドライン  
[http://www.soumu.go.jp/main\\_content/000350493.pdf](http://www.soumu.go.jp/main_content/000350493.pdf) (2015年6月12日アクセス)
- [3] 厚生労働省賃金構造基本統計調査  
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/chinginkouzou.html> (2015年8月22日アクセス)
- [4] 地方公営企業年鑑  
[http://www.soumu.go.jp/main\\_sosiki/c-zaisei/kouei25/index.html](http://www.soumu.go.jp/main_sosiki/c-zaisei/kouei25/index.html) (2015年8月22日アクセス)