
リハビリテーション医療における 人的資源配置の格差とその問題点

八木麻衣子

聖マリアンナ医科大学東横病院 リハビリテーション室,RPT,DBA

リハビリテーション医療と専門職種

リハビリテーション医療

■脳卒中ガイドライン2009

廃用症候群を予防し、早期のADL向上と社会復帰を図るために、十分なリスク管理のもとにできるだけ発症後早期から積極的なリハビリテーションを行うことが強く勧められる。

■大腿骨頸部/転子部骨折診療ガイドライン改定第2版

術後は翌日から座位をとらせ、早期から起立・歩行をめざして下肢筋力強化訓練及び可動域訓練を開始する。

■心血管疾患におけるリハビリテーションに関するガイドライン2007年改定版

急性期の1～2週間以内におけるリハビリテーションの目標は、食事・排泄・入浴などの自分の身の回りのことを安全に行うことができるようにすることと、二次予防に向けた教育を開始することである。繰り返す心筋虚血、遷延する心不全、重篤不整脈などを合併する例を除いては、ベッド上安静時間は12～24時間以内とする。

さまざまなガイドラインにて
急性期リハビリテーションの重要性を提示

疾患別リハビリテーションと施設基準

脳血管疾患等

呼吸器

運動器

心大血管疾患

疾患別のリハビリテーションごとに
施設基準(Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ)を満たす必要あり

■ 医師要件

■ スタッフ要件: 常勤PT・OT・STの人員要件

■ 専用施設面積要件

■ 器械・器具要件

■ その他

わが国の医療制度

国民皆保険制度

フリーアクセス

診療報酬制度



均質な医療の提供を前提

人員配置標準(医療法第21条,22条)

- 適正な医療の実施のため,医療法にて病院および療養病床を有する診療所が有するべき人員の「標準」を提示
- 診療報酬制度でも,手厚い配置であれば加算,標準を下回る配置であれば減算など,一定の経済的評価が行われている

医療施設別,病床区分の人員配置標準

	病床区分	医師	歯科医師	薬剤師	看護師及び 準看護師	看護 補助者	栄養士	診療放射線技師, 事務員その従業員	理学療法士 作業療法士
一般病院	一般	16 : 1	16 : 1	70 : 1	3 : 1	-	病床数 100以上の 病院に1人	適当数	適当数
	療養	48 : 1	16 : 1	150 : 1	4 : 1	4 : 1			
	外来	40 : 1	病院の実情に応じて 必要と認められる数	取扱処方箋 の数 75 : 1	30 : 1	-			
特定機能病院	入院	すべての 入院患者	歯科, 矯正歯科, 小児歯科, 口腔外科 の入院患者	すべての 入院患者	すべての 入院患者	-	管理栄養士 1人	適当数	-
		8 : 1	8 : 1	30 : 1	2 : 1				
	外来	20 : 1	病院の実情に応じて 必要と認められる数	調剤数 80 : 1	30 : 1				
療養病床を 有する診療所		1人	-	-	4 : 1	4 : 1	-	適当数 (事務その他の 従業員)	-

リハビリテーション医療専門職種は
「適当数」とされるのみ

疾患別リハビリテーションと施設基準

■ 疾患別リハビリテーション施設基準のスタッフ要件の比較

	施設基準Ⅰ	施設基準Ⅱ	施設基準Ⅲ
脳血管疾患	次のア～エを全て満たすこと ア、専従の常勤理学療法士5名以上 イ、専従の常勤作業療法士3名以上 ウ、専従の常勤言語聴覚士1名以上 (言語聴覚療法を行う場合) エ、ア～ウまでの従事者を併せて 10名以上	次のア～エを全て満たすこと ア、専従の常勤理学療法士1名以上 イ、専従の常勤作業療法士1名以上 ウ、専従の常勤言語聴覚士1名以上	理学療法士、作業療法士又は 言語聴覚士のいずれか1名以上 (専従の常勤)
運動器	専従の常勤理学療法士又は 専従の常勤作業療法士が併せて 4名以上勤務していること	専従の常勤理学療法士又は 専従の常勤作業療法士が併せて 2名以上勤務していること	1名以上勤務していること
呼吸器	呼吸リハビリテーションの経験を 有する専従の常勤理学療法士1名を 含む常勤理学療法士2名以上	専従の常勤理学療法士1名以上	
心大血管疾患	心大血管リハビリテーションの経験を 有する専従の常勤理学療法士及び 専従の常勤看護師が併せて 2名以上	心大血管リハビリテーションの経験を 有する専任の常勤理学療法士及び 専従の常勤看護師がいずれか1名以上	

50床の医療機関でも
1,000床の医療機関でも
スタッフ要件は一緒

医療機関の機能や規模は考慮されておらず
リハビリテーション専門職種の配置状況は施設ごとに
ばらつきがあると予測されるも、実態は明らかでない

本報告の目的

医学的な観点からも,その充実と均質化が必要であるリハビリテーション医療において,病院機能別にリハビリテーション専門職の配置状況を調査し,人的資源配置の病院機能格差の有無を明らかにし,その問題点を明白にすること

対象

2012年12月31日までに、日本リハビリテーション医学会教育研修施設として登録された538施設

リハビリテーション医学会教育研修施設

原則としてリハビリテーション科を診療科として
標榜し、リハビリテーション専門医である常勤の
指導責任者を有する医療機関

方法

調査項目

日本リハビリテーション医学会教育研修施設のデータベースより以下の項目を調査

■ 病床数

■ 月次あたりリハビリテーション診療患者数

■ 常勤PT数,常勤OT数,常勤ST数

⇒ 100床当たり常勤PT数,常勤OT数,常勤ST数
各療法士1人あたり月次リハビリテーション
診療患者数を算出

方法

統計学的検討

■ 病院機能別に区分けした4群間での比較検討:

Kruskal-Wallis検定

- ◆ 急性期病院群: 救急機能など急性期機能を有した病院
- ◆ 急性期+回復期病院群: 急性期機能と回復期病床を有した病院
- ◆ 回復期病院群: 回復期機能を有した病院
- ◆ 一般・療養病院群: 一般・療養機能を有した病院

■ 急性期病院群における経営母体別の比較

- ◆ 国立大学病院, 公立大学病院, 私立大学病院
国立・独立行政法人, 自治体・地方独立法人, 民間病院

■ 統計ソフト: SPSS ver12.0

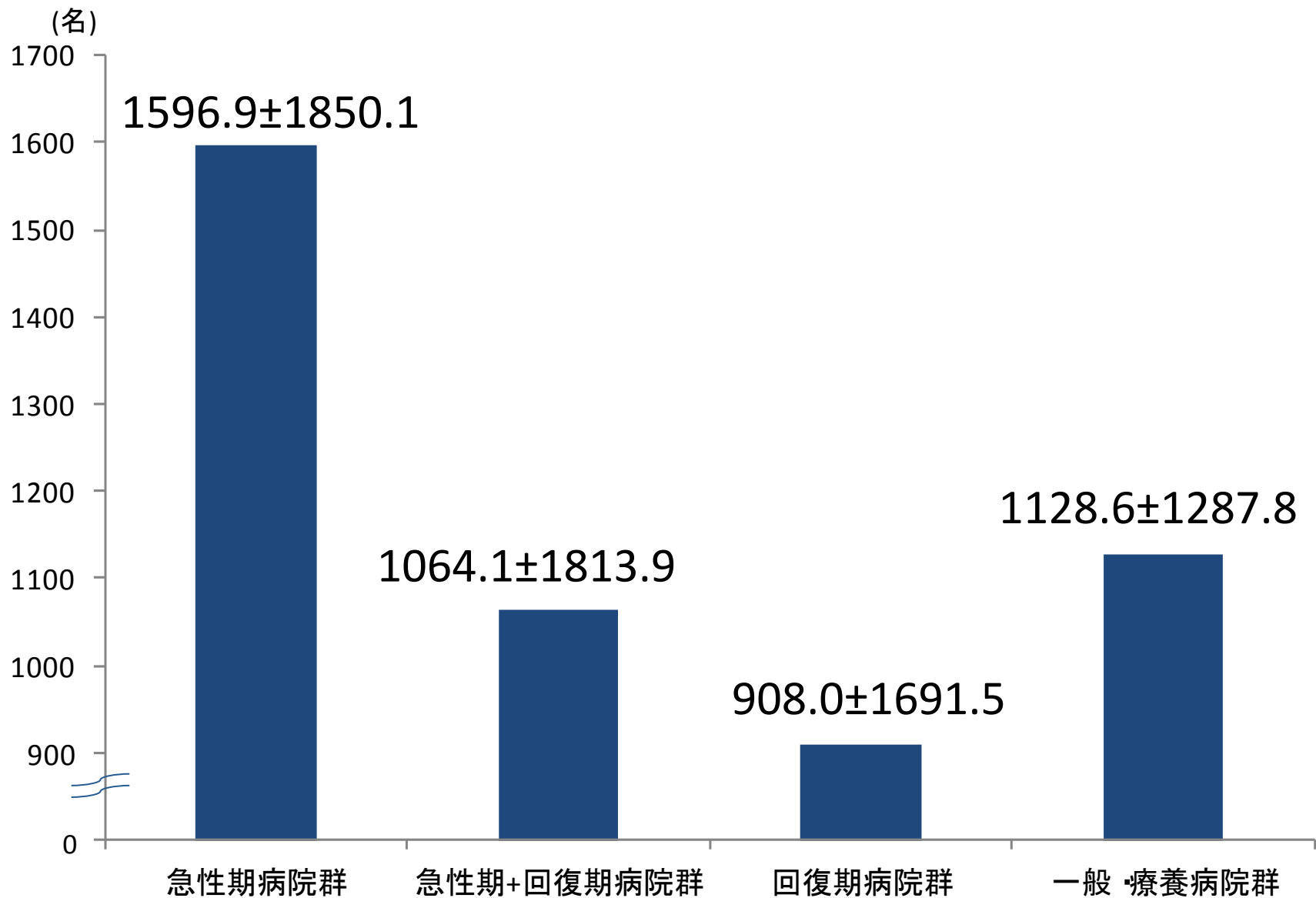
■ 有意水準: 5%未満

結果1 病院機能別の施設数と病床数

	施設数	病床数
急性期病院群	205	630.4±285.1 (50-1494)
急性期+回復期 病院群	83	318.3±192.0 (48-1082)
回復期病院群	182	193.3±124.4 (12-1098)
一般・療養 病院群	66	205.6±163.2 (15-866)

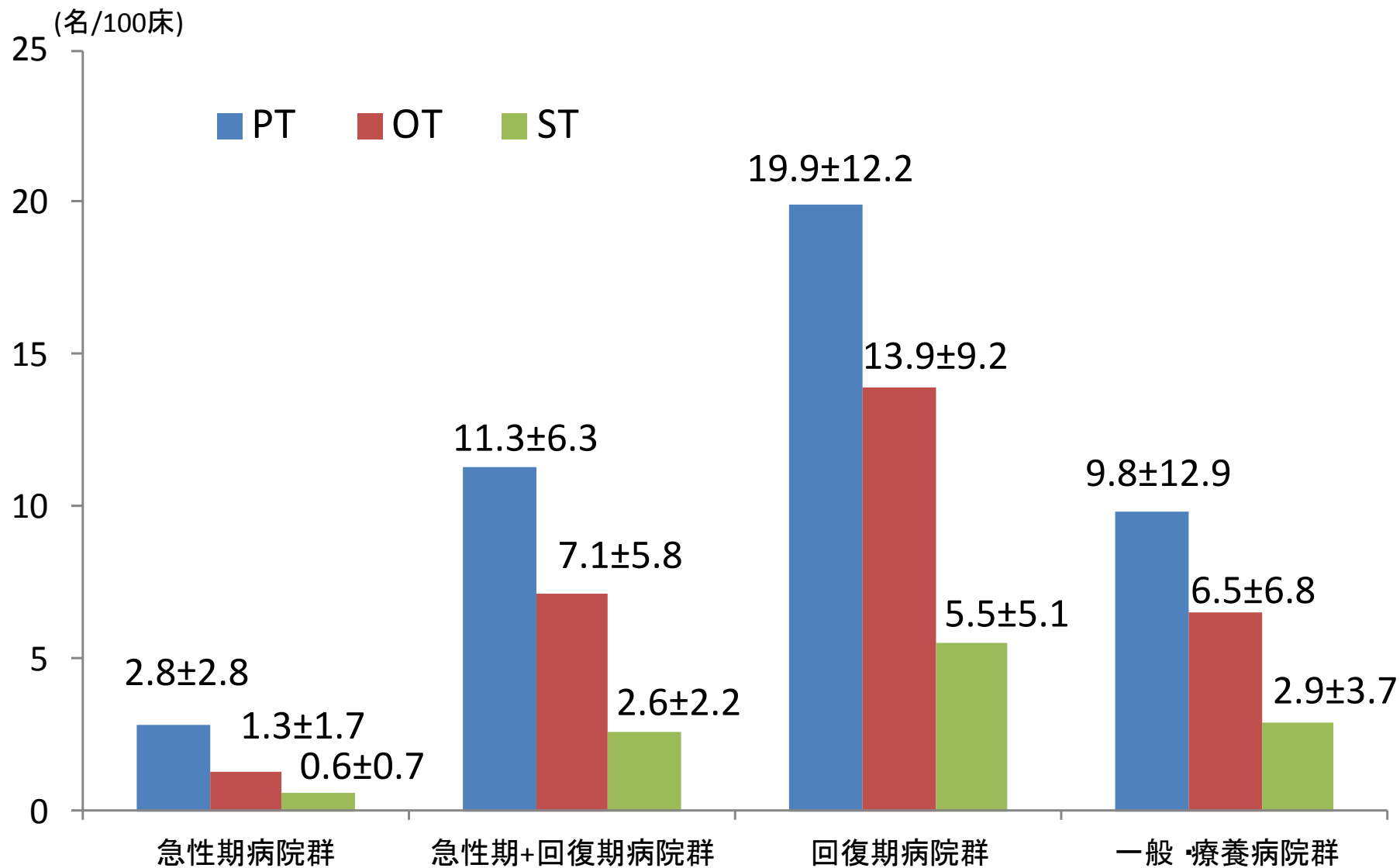
病床数: 平均±標準偏差
(最小値-最大値)

結果2 月次あたりリハ診療患者数の比較



Kruskal- Wallis検定 : $p < 0.01$

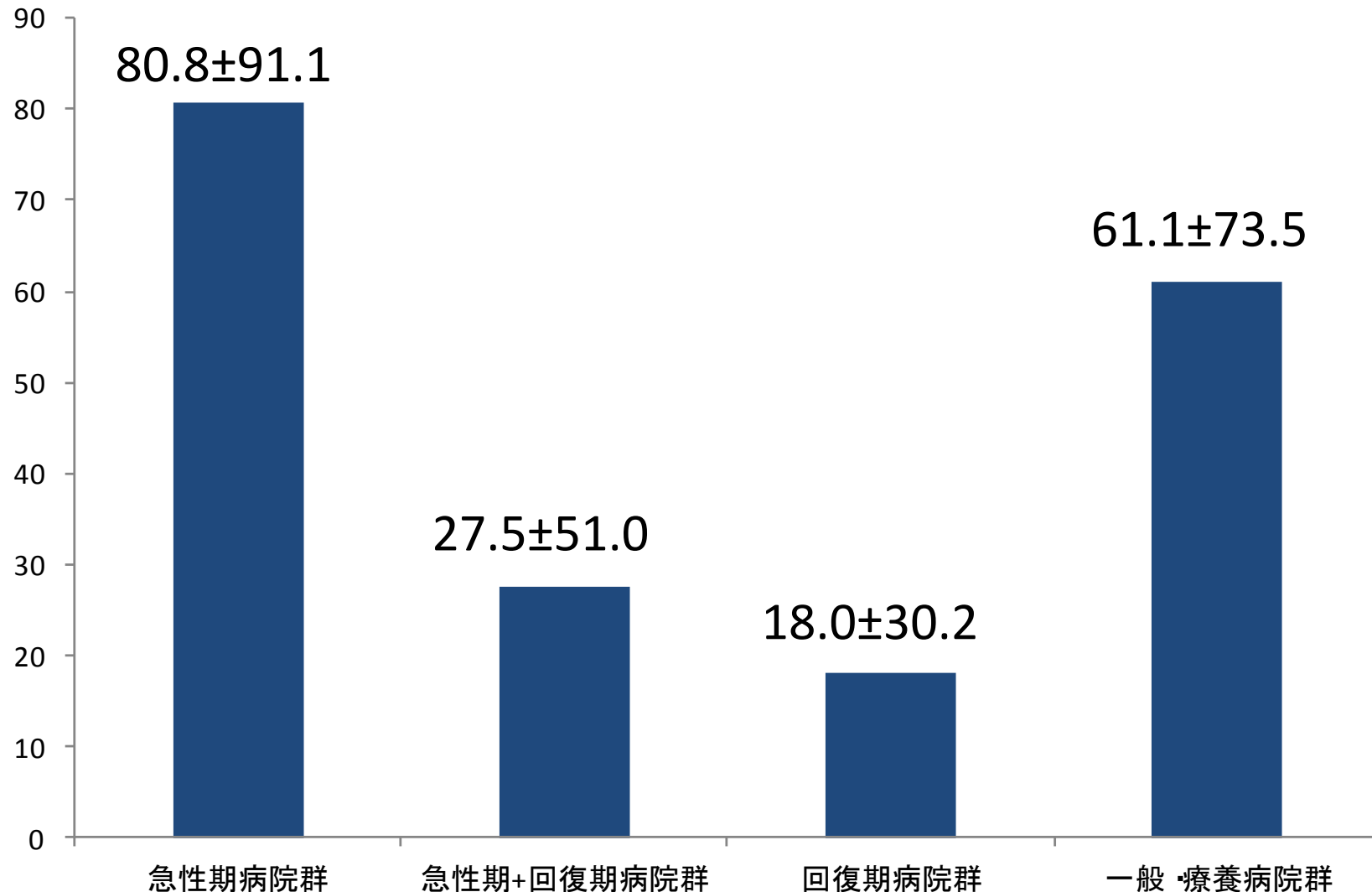
結果3 100床あたり各療法士数の比較



Kruskal-Wallis検定: PT,OT,STとも $p < 0.01$

結果4 各療法士1人あたり月次リハ診療患者数の比較

(名/療法士1人)



Kruskal-Wallis検定: $p < 0.01$

結果5 急性期病院における経営母体別療法士数

	急性期全体	国立大学病院	公立大学病院	私立大学病院	国立・独立 行政法人	自治体・地方 独立行政法人	民間病院
n	205	36	10	39	7	34	78
病床数	635.2± 284.8	764.9± 184.7	872.9± 319.7	839.8± 319.7	554.5± 236.9	533.6± 214.1	500.8± 253.8
月次当りリハ診療 患者数	1569.9± 1850.1	1376.3± 1522.4	2359.1± 2245.5	1760.1± 1937.9	641.3± 560.1	1123.7± 1686.3	1823.8± 1991.9
100床当り常勤PT数	2.8± 2.8	1.4± 0.5	1.4± 0.4	2.1± 1.5	1.9± 0.8	2.3± 2.1	4.4± 3.7
100床当り常勤OT数	1.3± 1.7	0.6± 0.3	0.6± 0.4	1.0± 0.9	0.8± 0.4	1.1± 1.3	2.1± 2.4
100床当り常勤ST数	0.6± 0.7	0.3± 0.1	0.2± 0.1	0.5± 0.5	0.4± 0.3	0.5± 0.5	0.8± 0.9
各療法士1人当たり 月次リハ診療患者数	80.8± 91.1	85.4± 97.9	127.7± 114.7	72.7± 75.3	43.9± 42.9	77.3± 108.5	81.9± 87.2

急性期病院群においては
経営母体別によるばらつきも認められる

考察1

■急性期リハビリテーション

入院期間の短縮

高齢者の増加

疾患を問わない早期離床の必要性

急性期病院が当たり前に提供すべき医療

しかし...

- 全身状態が十分に安定していない場合が多いため、十分な病態把握と厳密なリスク管理が求められる
- リハ実施前の医師への病態確認やカルテからの情報収集のほか、リハビリテーション実施にも環境配慮などの時間を必要とする(安岐ら,2012)
- リハビリテーション実施計画書や転院・退院の際に必要な患者サマリ作成などを含めた、患者間接業務に費やされる時間が多い(成瀬ら,2012)

急性期病院群

- 月次あたりリハ診療患者数が多い
- 100床あたり療法士数が少ない

各療法士1人あたりのリハ診療患者数が
他の病院群と比較して非常に多い



質・量ともに十分で均質な
急性期リハビリテーションを
提供できていない可能性を示唆

リハビリテーションにおいてはその実施量が
リハ効果を検討する上で重要な要素

■ 欧米

脳卒中などの限定された疾患においては
早期リハビリテーションの訓練量とADLなどの
アウトカムとの関連性について検討

■ 本邦

早期リハビリテーション実施状況とさまざまな疾患の
アウトカムとの関連性については、多施設のみならず
単施設においても検討が少ない

■療法士数とリハビリテーション実施量の関係

リハビリテーションの実施

- ・診療報酬点数上は20分を1単位として算出
- ・1日に算定できる上限が決められている



医療機関に療法士数の配置数が少ない

- リハビリテーションを受けられる患者数が少ない
- リハビリテーションを受けられても
1人の患者当りの時間が少なくなる

急性期病院

在院日数短縮

在宅療養

- 在院日数の短縮が求められる
急性期病院においてリハビリテーションを
充実させることは、円滑な在宅療養への
移行のためにも重要

回復期病院

- 病院完結型vs地域完結型
- 回復期病棟入棟までの
期間は地域格差が顕著
(17.3日～63.3日)

急性期病院において
リハビリテーション専門職である、
理学療法士、作業療法士および言語聴覚士の
人員配置標準を定めることは、
急性期リハビリテーションの充実や
質の均等化を図るための方策として、
検討に値する事項である

結語

- 日本リハビリテーション医学会教育研修施設として登録された医療機関について、病院機能別にリハビリテーション専門職である理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の配置状況を調査した。
- 調査結果より、急性期病院群における各療法士の配置は、他の機能別病院群と比較して少なく、診療患者も多い状況が確認された。
- 急性期病院群においては、経営母体別にも療法士配置数にばらつきがみられた
- 急性期リハビリテーションの充実と均質化のため、理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士の人員配置標準を定めることは、検討に値する事項であると考えられた。

参考文献

- 安岐桂子,塩田和樹ら(2012)「当院理学療法士の業務改善における一考察」
第51回全国自治体病院学会抄録
- 北川寛直, 他(2007)「急性期病院の相違による回復期リハビリテーション病棟・脳卒中患者の調査—地域完結型との比較」
Jpn J Rehabil Med 44(4):237-241
- 厚生労働省(2006)「医療法に基づく人員配置標準について」
- 蔵元聖子, 他(2003)「地域完結型と病院完結型脳卒中診療体制の比較」
脳卒中25(2)245-251
- 栗林環ら(2012)「回復期リハ病棟脳卒中患者における同一病院内での病院完結型群と地域完結型群のデータ比較」
The Japanese Journal of Rehabilitation Medicine 49(suppl):5431-5431
- 成瀬友貴,井貫博嗣ら(2012)「業務日報分析からみた自治体病院におけるリハビリテーション適正人員配置～患者介入度を上げることは収益と業務効率を改善する」
第51回全国自治体病院学会抄録
- 村上有佳ら(2012),「リハサマリー作成にかかわる時間コストの前向き調査」
Journal Clinical Rehabilitation(臨床リハ) vol.22, No.1, January. P102-104.

考察4

■回復期リハビリテーション病棟における配置標準

	回復期リハビリテーション 病棟 入院料1	回復期リハビリテーション 病棟 入院料2
看護配置	13対1以上	15対1以上
看護補助者の 配置	30対1以上	30対1以上
その他の 職種の配置	専任医師1名以上 専従理学療法士3名以上 専従作業療法士2名以上 専従言語聴覚士1名以上 専任社会福祉士等1名以上	専任医師1名以上 専従理学療法士2名以上 専従作業療法士1名以上