

Ⅲ. センターの改革の状況

1. 「新経営推進プラン(第一次経営推進プラン)」の内容と成果

国の「公立病院改革プラン」（平成19年12月）を踏まえて、公立病院が経営健全化計画を策定することになり、センターでは、病院部門にとどまらないセンター全体の運営のための計画として「新経営推進プラン(第一次経営推進プラン)（平成21年度～平成23年度）」を策定した。

このプランの全体目標に対する各年度の実績は、下表に示すとおりである。

平成23年度にセンター使用料収入が約50百万円減少しているが、主な要因は障害者自立支援法の施行による障害者施設の報酬引き下げの激変緩和措置が平成22年度をもって終了したこと（約60百万円の減少）によるものである。

平成21年度～23年度 全体目標	平成21年度	平成22年度	平成23年度
センター使用料収入額 1,200百万円以上の達成	1,252百万円	1,305百万円	1,251百万円
リハビリテーション療法部の設置	設置	—(設置済み)	—(設置済み)
病院部門における職員給与費の1.7倍以上の医業収入の確保	1.8倍	1.9倍	1.9倍

※「第二次経営推進プラン」の冒頭の第一次経営推進プランの成果の記述より抜粋

2. 「第二次経営推進プラン」の内容と目標値

長野県立総合リハビリテーションセンター「第二次経営推進プラン」は、「新経営推進プラン(第一次経営推進プラン)」の後継計画として平成24年3月に策定された。センターが県の障害者施策を担う重要な機関のひとつであることから、このプランは「長野県障害者プラン2012」の基本理念や施策の推進方法等も踏まえたものになっている。

「第二次経営推進プラン」は、収入の増、支出の減、経営効率の向上等ばかりではなく、いかに障害者の福祉の増進に寄与できるか、そのためにどのようなサービスをしていけばよいのかという視点を持つ計画として策定されている。「第二次経営推進プラン」の策定の基になった理念・基本目標及び目指す経営は次のとおりである。

センターの理念は、障害があっても安心して社会参加できるよう、センターの利用者のニーズに応えることであり、センターの基本目標は、「障害者自立支援の郷土づくり」であるとしている。一方、センターの特徴は、身体障害者更生相談所、障害者支援施設、病院及び補装具製作施設を有機的に複合させた長野県における障害者自立支援の拠点施設としての性格と、病院（医療）と障害者支援施設（福祉）が一体となった施設であり医療と福祉の連携による切れ目のない支援を行う性格を持つ点にある。

このような理念・基本目標・特徴を背景に、センターでは、地域の医療機関に入院している障害者や在宅の障害者の希望に応じ、より自立した生活を目指して治療を行っており、また、入院、外来治療後さらなるリハビリテーションが必要な場合は、障害者支援施設への入所等により切れ目なく適切なリハビリテーションを提供している。

センターの目指す経営は、センター利用者の社会復帰に至るまでの全体を包括して視野に入れ総合的、個別的に対応し、治療及びリハビリテーションの全期間を通じて、医療と一体となった心身のリ

ハビリテーションを提供することであり、幅広い診療科目を備えるとともに、専門医師の指示のもと数多くの専門スタッフが一致協働して患者や施設利用者の入院（入所・通所）から在宅や地域の施設への退院（退所）まで、医療と福祉の連携による切れ目ない支援をしていくことであるとしている。

こうしたセンターの取組は、地方公共団体が果たすべき責務として障害者基本法第14条に掲げられている以下の施策を直接的に具現化しているものといえるとしている。

- ① 障害者が生活機能を回復し、取得し、又は維持するために必要な医療の給付及びリハビリテーションの提供を行うよう必要な施策を講じること
- ② 医療及びリハビリテーションの研究、開発及び普及を促進すること
- ③ 障害者が、その性別、年齢、障害の状態及び生活の実態に応じ、医療、介護、保健、生活支援その他自立のための適切な支援を受けられるよう必要な施策を講じること

第二次経営推進プランにおいては、全体目標と個別目標を明らかにしている。個別目標には、経営目標値だけではなく、センター職員が今後3年間の事業実施にあたり、目安や拠り所とすることができるようなサービス目標も掲げられている。

全体目標は、経営基盤の一層の強化のために“センター使用料収入額12億円以上及び病院部門における職員給与費の1.8倍以上の医業収入⁵⁵の確保”という経営目標である。

平成24年度～26年度 全体目標	平成24年度実績
センター使用料収入額 1,200百万円以上の達成	1,226百万円
病院部門における職員給与費の1.8倍以上の医業収入の確保	1.88倍

また、個別目標として掲げられている項目は、下記表のとおり部署ごとに経営目標・サービス目標を設定している。

区 分		平成22年度 (実績・参考)	平成23年度 (実績・参考)	平成24年度 (実績)	平成26年度 個別目標値
1 更生相談	更生相談件数	5,921	8,396件	6,853件	6,000件
	出前講座開催件数			4件	10件 (計画期間の合計)
2 障害者支援施設	入所者利用率	65.0% (利用者52人)	67.5% (利用者54人)	68.4% (利用者55人)	81.0% (利用者65人)
	理学療法実施延べ人数	8,195人	9,570人	9,678人	9,701人
	作業療法実施延べ人数	6,996人	7,922人	8,484人	8,282人
	言語聴覚療法実施延べ人数	915人	332人	478人	1,083人
	訓練者数	52人	54人	55人	65人

⁵⁵ 医業収入とは、病院部門における使用料収入（調定額）をいい、医師による各種の書類作成料などは除かれる。

区 分		平成 22 年度 (実績・参考)	平成 23 年度 (実績・参考)	平成 24 年度 (実績)	平成 26 年度 個別目標値
3 医 療	医 師 数	(4月～6月) 7人 (7月～3月) 6人	6人	6人	7人
	看 護 師 数	53人	51人	52人	54人
	外 来 患 者 数	20,338人	18,015人	16,581人	19,000人 程度
	手 術 件 数	420件	377件	394件	400件
	神 経 ブ ロ ッ ク 件 数	242件	184件	208件	200件
	入 院 患 者 数	731人	657人	607人	700人程度
	病 床 利 用 率 (1F・2F)	77.8%	74.3%	75.5%	75%程度
	2F 病棟個室利用率	78.4%	70.2%	81.2%	78.0%
	平 均 在 院 日 数	31.0日	32.1日	35.1日	29日以内
	脳卒中連携パスの使用件数	一件	18件	22件	30件
	ジェネリック薬品×使用率	10.3%	8.2%	8.5%	12%
	理 学 療 法 士 数	14人	14人	13人	14人
	作 業 療 法 士 数	8人	8人	7人	8人
	言 語 聴 覚 士 数	3人	2人	2人	3人
	理学療法実施延べ人数	19,606人	18,103人	17,680人	20,409人
	理学療法実施総単位数	37,108単位	35,127単位	35,112単位	40,819単位
	作業療法実施延べ人数	10,114人	10,096人	9,803人	10,300人
	作業療法実施総単位数	20,673単位	17,948単位	18,145単位	19,700単位
	言語聴覚療法実施延べ人数	3,987人	3,245人	2,734人	4,784人
	言語聴覚療法実施総単位数	8,545単位	5,097単位	4,277単位	10,254単位
4 補 装 具	義 肢 装 具 士 数	3人	3人	3人	3人
	義 肢 装 具 製 作 件 数	215件	212件	194件	220件
	義 肢 装 具 修 理 件 数	249件	238件	212件	240件
	補 装 具 費 支 給 判 定 件 数 (義肢装具士が関わるもの)	290件	440件	564件	300件
	補 装 具 適 合 判 定 件 数 (直 接 判 定)	一件	48件	161件	144件
(注)「補装具適合判定件数(直接判定)」は、センターへの来所及びセンターの巡回相談時の補装具費判定において、関係者立会いの下で適合判定を実施する件数					

区 分		平成 22 年度 (実績・参考)	平成 23 年度 (実績・参考)	平成 24 年度 (実績)	平成 26 年度 個別目標値
5 エコロジー & エコノミー	電気使用量の削減	8.2%増加	4.2%増加	2.6%増加	7%以上削減
	燃料(灯油、重油、ガス)使用量の削減	7.0%増加	4.9%増加	10.5%増加	13%以上削減
	水道使用量の削減	5.0%削減	3.2%増加	5.4%増加	10%以上削減
	用紙類の削減	8.9%削減	3.5%増加	2.9%増加	基準年度 (平成 21 年度) 以下
	(注)目標値[又は実績値]は、それぞれの項目の基準年度(平成 21 年度)の使用量に対する平成 27 年度[又は当該年度]の使用量の削減率です。				

※「第二次経営推進プラン初年度(平成 24 年度)実績について」より抜粋

平成 24 年度における全体目標及び個別目標の達成状況は、センターが次のように整理し、ホームページ等で公表している。

<p>1 全体目標の達成状況</p> <p>プランの初年度である平成24年度は、医師1名の欠員、言語聴覚士1名の欠員、障害者支援施設の報酬引き下げ（激変緩和措置の終了）など厳しい経営環境にありましたが、各部門の努力により、プランの全体目標である「センター使用料収入額12億円以上」及び「病院部門における職員給与費の1.8倍以上の医業収入」をいずれも達成できました。</p> <p>【センター使用料収入額】</p> <p>センター使用料収入のうち、医業収入は10億8,400万円でした。年度前半は、手術件数の減少などにより医業収入が前年度（平成23年度）に比べ大幅に減少しましたが、年度後半、収入の回復に努め、通年では前年度に比べ▲1.9%の減少にとどめました。</p> <p>なお、医業収入は、平成18年度以降7期連続して10億円を超えています。</p> <p>また、障害者支援施設の収入は、1億4,200万円で、前年度に比べ▲2.7%減少しました。</p> <p>医業収入と施設収入とを合わせたセンター使用料収入額は、12億2,600万円で、プランの全体目標である「12億円以上」を達成できました。</p> <p>〈医業収入及び施設収入の推移〉 単位：百万円</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th></th> <th>H17</th> <th>H18</th> <th>H19</th> <th>H20</th> <th>H21</th> <th>H22</th> <th>H23</th> <th>H24</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>医業収入</td> <td>849</td> <td>1,129</td> <td>1,166</td> <td>1,056</td> <td>1,054</td> <td>1,109</td> <td>1,105</td> <td>1,084</td> </tr> <tr> <td>施設収入</td> <td>198</td> <td>155</td> <td>178</td> <td>209</td> <td>198</td> <td>196</td> <td>146</td> <td>142</td> </tr> </tbody> </table> <p>【医業収入と職員給与費】</p> <p>医業収入の10億8,400万円は、病院部門の職員給与費5億7,600万円の1.88倍であり、目標の「1.8倍以上」を達成しました。</p> <p>なお、医業収入に占める職員給与費の割合は、53.1%でした。</p> <p>2 個別目標の達成状況</p> <p>プランでは、当センターの部門毎に、個別の経営目標・サービス目標を設けています。それらの個別目標の達成状況は、次のとおりです。</p>										H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24	医業収入	849	1,129	1,166	1,056	1,054	1,109	1,105	1,084	施設収入	198	155	178	209	198	196	146	142
	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24																											
医業収入	849	1,129	1,166	1,056	1,054	1,109	1,105	1,084																											
施設収入	198	155	178	209	198	196	146	142																											

【更生相談室】

更生相談件数、出前講座開催件数とも目標を達成しました。（出前講座の目標件数10件は、3年間の合計です。）

【障害者支援施設】

入所者利用率、利用者数、訓練者数は、前年度よりも増加しましたが、目標には届きませんでした。

施設利用者に対する理学療法及び作業療法の実施延べ人数は概ね目標を達成しましたが、言語聴覚療法は目標を大きく下回りました。

【病院部門】

医療従事者の確保に努めましたが、医師及び言語聴覚士の欠員は、平成24年度中には解消できませんでした。

なお、医師の欠員は平成25年7月に、言語聴覚士の欠員は平成25年4月に解消できました。

平成24年度の手術（脊椎手術、関節手術等）の件数は394件、神経ブロックも合わせた手術全体の件数は602件であり、目標の600件を達成しました。

患者数は、外来患者数、入院患者数（新入院患者数）ともに、前年度を下回り目標を達成できませんでしたでしたが、病床利用率は目標の75%を達成しました。

平均在院日数は、35.1日で前年度より3.0日増加しました。

病院部門のリハビリテーション療法の実施延べ人数、実施総単位数は、理学療法、作業療法、言語聴覚療法のいずれも目標を達成できませんでした。外来患者の減少のほか、理学療法では育児休業等を取得した職員の代替職員を人数分確保できない期間があったこと、言語聴覚療法では1年を通じ言語聴覚士1名が欠員であったことが主な要因です。

【補装具】

義肢装具の製作件数、修理件数は目標を下回りましたが、義肢装具士が参加した補装具の支給判定件数、適合判定件数は目標を上回りました。

【エコロジー&エコノミー】

いずれの目標も達成できませんでした。

第3 財務事務の執行及び施設の管理

I. センターの経営及び運営の状況

1. 部門別収支の概要

県及びセンターでは経営改革に取り組んでおり、センターは「新経営推進プラン」に続いて「第二次経営推進プラン」を策定している。その実績は毎年「総合リハビリテーションセンターの運営状況について」を所管課は作成して議会に説明するとともに、センターはホームページにて公開している。また、「第二次経営推進プラン」の「経営効率の総合的な推進」に沿って、センターの病院部門、施設部門、補装具製作の部門別収支を作成している。作成条件については概要を下記表の「内容等」に示している。歳入を上回る歳出は、一般財源が投入されている。

センターの平成24年度部門別収支によると、病院部門に101,329千円、施設部門に184,399千円の一般財源が投入されており、両部門共に不採算であることがわかる。

総合リハビリテーションセンターの運営(収支)状況

(単位:千円)

区 分		平成23年度	平成24年度	内 容 等
病 院	歳 出	1,188,851	1,190,726	
	給 与 費	578,468	575,946	医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、薬剤師、臨床検査技師、放射線技師の給与費及び共通人件費 (所長、次長、総務課職員、栄養課職員の給与費)の病院相当分
	運 営 費	610,383	614,780	医薬材料費、オーダーリングシステム使用料、医療機器保守点検、光熱水費、他
	財 源	1,188,851	1,190,726	
	病院事業収入等	1,109,821	1,089,397	診療報酬、その他は主治医意見書収入等
	一 般 財 源	79,030	101,329	
施 設	歳 出	358,123	329,121	
	給 与 費	271,965	224,546	生活支援員、訓練指導員、看護師、理学療法士、作業療法士の給与費及び共通人件費(所長、次長、総務課職員、栄養課職員名の給与費)の施設相当分
	運 営 費	86,158	104,575	光熱水費、賄材料費、燃料費、嘱託訓練指導員報酬、他
	財 源	358,123	329,121	
	自立支援給付費等	148,415	144,722	○自立支援給付費 [例:機能訓練(入所)の試算] ○実費負担分 食費、光熱水費
一 般 財 源	209,708	184,399		

区 分		平成 23 年度	平成 24 年度	内 容 等
補 装 具 製 作	歳 出	30,770	30,729	
	給 与 費	18,933	19,029	義肢装具士の給与
	運 営 費	11,837	11,700	原材料費、消耗品費他
	財 源	30,770	30,729	
	補装具製作等収入	22,057	21,452	製作、修理等の実績額
	一 般 財 源	8,713	9,277	
合 計	歳 出	1,577,744	1,550,576	
	給 与 費	869,366	819,521	
	運 営 費	708,378	731,055	
	財 源	1,577,744	1,550,576	
	各種事業収入	1,280,293	1,255,571	
	一 般 財 源	297,451	295,005	

※センター作成の部門別収支計算書より作成

※身体障害者更生相談所等の歳出、財源は含んでいない。

病院事業による歳入は平成 22 年度の 1,115 百万円が平成 24 年度 1,089 百万円と直近 3 年間で約 2% 減少している。障害者支援（施設）による歳入は平成 22 年度をもって障害者自立支援法による激変緩和措置が終了したため、平成 23 年度は、平成 22 年度から 50 百万円減少し、148 百万円、平成 24 年度は 144 百万円となっている。補装具製作による歳入は、平成 22 年度に 25 百万円であったが、平成 24 年度に 21 百万円と約 16%減少している。収入の減少により、三部門の合計で一般財源が平成 22 年度は 225 百万円であったが、平成 23 年度には、297 百万円と 72 百万円増加し、平成 24 年度は微減の 295 百万円投入されている（身体障害者更生相談所等の歳出、財源は含んでいない）。

歳入及び一般財源の構成割合は、病院事業による歳入が全体の 70%を占める状況に変化はないが、平成 22 年度をもって障害者自立支援法の施行に伴う経過措置（激変緩和措置）が終了したことにより、障害者支援施設の歳入全体に占める割合が平成 22 年度の 13%から平成 24 年度の 9%に減少し、一般財源が平成 22 年度の 14%から平成 24 年度の 19%に増加している。

なお、運営費の特殊要因（平成 24 年度の C T 購入 107 百万円）は含めていない。

次節以降において施設の収支及び病院の収支を詳細に説明する。

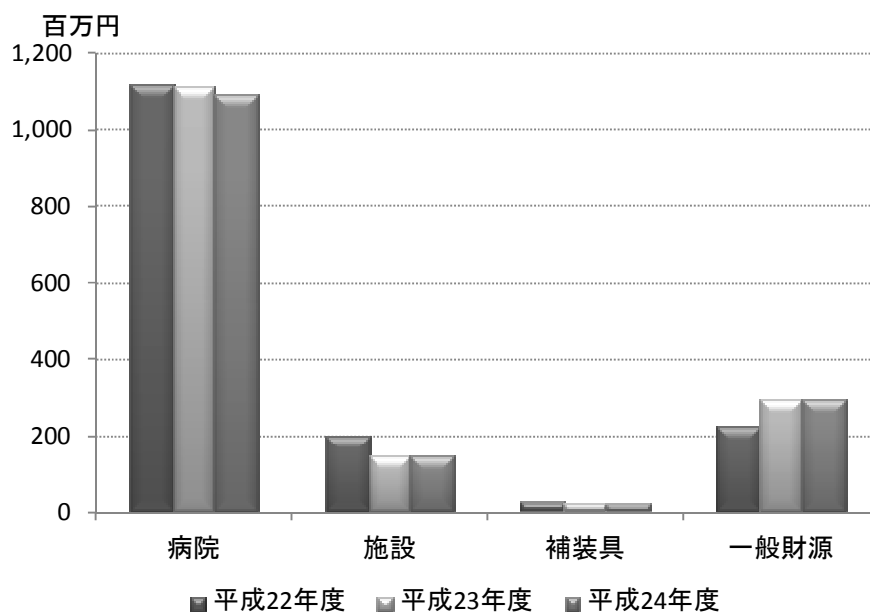
歳入及び一般財源の推移

(単位:百万円)

年度	病院		施設		補装具		一般財源	
	金額	前年度比	金額	前年度比	金額	前年度比	金額	前年度比
平成 22 年度	1,115	—	198	—	25	—	225	—
平成 23 年度	1,109	△0.5%	148	△25.4%	22	△13.1%	297	31.5%
平成 24 年度	1,089	△1.8%	144	△2.5%	21	△2.7%	295	△0.8%

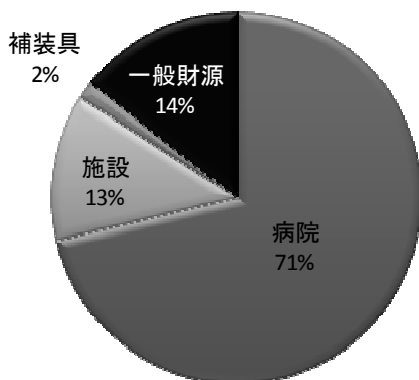
※センター作成の部門別収支計算書より作成

- ・ 運営費の特殊要因(平成 24 年度の CT 購入 107 百万円)は含まない。
- ・ 平成 23 年度の施設収入の約 50 百万円の減少の主な要因は、障害者自立支援法の施行に伴う経過措置(激変緩和措置)が終了したこと(約 60 百万円の減少)によるものである。

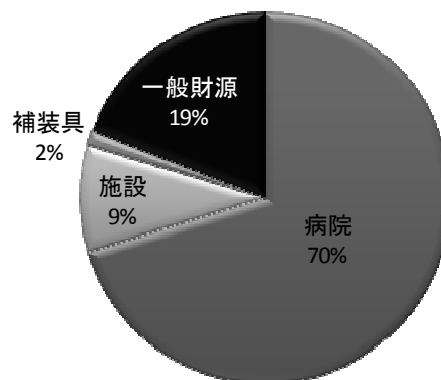


歳入及び一般財源の構成割合

平成22年度



平成24年度



2. 施設部門の収支

(1) 平成 24 年度の施設部門の収支及び個別目標

① 収支についてのセンターの説明

センターの施設部門の平成 24 年度の部門別収支は 184,399 千円の赤字（支出超過）であり、同額の県費が投入されている。

センターでは「第二次経営推進プラン初年度（平成 24 年度）の実績について」において個別目標の達成状況として、入所者利用率、利用者数、訓練者数は前年度より増加したものの個別目標には達成していないこと、施設利用者に対する理学療法及び作業療法の実施延べ人数は概ね個別目標を達成したが、言語聴覚療法は個別目標を大きく下回ったことをあげている。

項 目	平成 22 年度	平成 23 年度	平成 24 年度	個別目標
入所者利用率	65%	67.5%	68.4%	81%
利用者数	52 人	54 人	55 人	65 人
理学療法実施延べ人数	8,195 人	9,570 人	9,678 人	9,701 人
作業療法実施延べ人数	6,996 人	7,922 人	8,484 人	8,282 人
言語聴覚療法実施延べ人数	915 人	332 人	478 人	1,083 人
訓練者数	52 人	54 人	55 人	65 人

※障害者総合支援法(平成 24 年度は障害者自立支援法)は、障害福祉サービスに関して支援する給付費は、介護給付費と訓練等給付費等に分けられている。施設入所支援と生活介護は介護給付費に、機能訓練、生活訓練及び就労移行支援は訓練等給付費になっている。障害者は、施設入所支援を受けながら機能訓練、生活訓練及び就労移行支援を受けることになる。ここで、利用者は施設入所支援を受ける障害者であり、訓練者は機能訓練等を受ける障害者である。

② 個別目標の設定と分析（意見）

施設部門では、施設利用者に対する理学療法、作業療法及び言語聴覚療法の実施延べ人数が個別目標として設定されている。平成 24 年度はこの目標を概ね達成している。

しかし、この実施延べ人数は、1 日に一人の訓練者が障害の状況に応じて各療法を複数受けるケースもあることから、一人が重複して集計され、正確な訓練者数を表していない。

また、1 日に多くの訓練単位数を実施しても報酬請求には影響がないため、正確な訓練単位数は把握するまでには至っていない。個別目標では訓練者数 65 人が掲げられているが、これに対し現状で把握されている各療法の延べ人数の合計に基づく 1 日当たり平均は 77.8 人⁵⁶となっている。この差は、一人の訓練者が障害の状況に応じて複数の訓練を 1 日に受けることから生じていると考えられる。そこで、病院部門のように単位による実施数も設定した方が正確な訓練実施状況を計数で示すことができると考える。

障害者支援法の報酬基準は、1 日の利用者数（訓練者数）をもとに算定され、1 日に多くの又は複数の療法の訓練を実施しても報酬額は一定であることから、サービス提供の水準を規定していない。個別目標に機能訓練等におけるリハビリテーションの実施数を設定して、サービス提供の水準を示すことは重要である。

正確な訓練実施状況を把握し、目標と比較管理することができれば、施設部門の業務実施状況が的確に示すことが可能となる。個別目標設定に当たっては、各療法の実施延べ人数に加え、各療法の実施単位数を設定することも検討すべきである。

⁵⁶ (9,701 人+8,282 人+1,083 人) / 245 日 = 77.8 人/日

(2) 収入の報酬基準と職員数

① 施設部門における訓練等の内容

リハビリテーションは、病院部門の回復期リハビリテーションから施設部門の機能訓練、生活訓練及び就労移行支援へと移行していく。

現在、施設部門での訓練は、日常動作に重きをおいた機能回復に向けた訓練（理学療法及び作業療法）に加え、社会復帰等に向けた訓練も実施している。利用者の障害の状況等によって相違するものの、機能回復に向けた訓練は平均して、病院部門における回復期リハビリテーション（理学療法及び作業療法）の概ね1/2程度実施されている。また、利用者により訓練内容は相違するものの機能回復に向けた訓練と社会復帰に向けた訓練は概ね50%ずつ実施されている。主な実施内容は次のとおりである。

区 分	自立訓練 (機能訓練)	自立訓練 (生活訓練)	生活介護	就労移行支援
機能回復に向けて	理学療法・作業療法 (週5)	理学療法・作業療法 (週5)	理学療法・作業療法 (週2)	機能維持訓練
社会復帰等に向けて	職業訓練(自動車・ PC・軽作業訓練)	高次脳機能訓練 (ふるさと社)	社会適応訓練(外出)、 創作的活動(手芸等)	職業訓練(職場体験 実習、自動車・PC・軽 作業訓練)
生 活 支 援	入浴・食事・移動等支援	入浴・食事・移動等支援	入浴・食事・移動等支援	入浴・食事・移動等支援
健 康 管 理	医療的ケア	医療的ケア	医療的ケア	医療的ケア

② 施設部門における収入の報酬基準

センターの施設部門の収入は障害者自立支援法（平成25年度より障害者総合支援法）の報酬基準に拠っている。センターの施設部門の収入は機能訓練サービス費が多く占めている。センターは、報酬基準として機能訓練サービス費（1日6,110円）、生活訓練サービス費（1日5,830円）等を選択し届出している。機能訓練サービス費等の報酬基準では、1日の訓練者数をもとに算定するため、1日に多くの訓練単位数を実施しても一定である。障害程度区分によらず一律であり、重度な障害者が多くても収入が多くなることはない。このような報酬基準の下で理学療法や作業療法を十分に実施するには、収入単価としては低く、採算が合わないといえる。障害者自立支援法（障害者総合支援法）の報酬基準は、1人の理学療法士等が同時に数人の利用者を対象に訓練することを想定しており、センターのように重度な障害を持つ入所者が多く、個別対応による訓練を行うときには不採算となる。

③ 施設部門の職員数

施設部門の人員配置基準（報酬基準）と定数及び現員数は次のとおりである。人員配置基準と定数を比べると、重度な障害者に対するリハビリテーションを充実させるために、職種では看護師、理学療法士、作業療法士が多く配置されている。しかし、合計（総数）では、定数及び現員数は概ね人員配置基準と同数である。

職 種	人員配置基準 (報酬基準)	定数	現員数 *2
サービス管理責任者	2人以上	17人	2人
生活支援員	16人以上*1		15人
機能訓練指導員	2人以上	2人	2人
医 師	病院と兼任可	-	-
看 護 師	3人以上*1	8人	8人
理学療法士・作業療法士	1人以上*1	6人	5人
計	32人以上	33人	32人

*1 機能訓練サービスにおいては、サービス管理責任者の他に、医師を除く生活支援員（訪問支援員含む）、看護師、理学療法士、作業療法士、機能訓練指導員の総数を12人以上必置と規定されており、合わせて13人以上の配置が必要となっている。

*2 現員数は平成25年5月1日現在

(参考) 人員に関する基準(厚生労働省令)

人員配置基準(厚生労働省令)		必要数 (人)
自立訓練(機能訓練)定員 62 人 サービス管理責任者 1名以上 生活支援員 1人以上 訪問支援員(生活支援員) 1人以上 看護職員 1人以上 理学療法士、作業療法士 又は機能訓練指導員: 1人以上 看護職員、理学療法士、作業療法士、 機能訓練指導員又は生活支援員: 6人につき1人以上		13人 以上
自立訓練(生活訓練)定員6人 サービス管理責任者 (兼任可) 生活支援員 1人以上 訪問支援員(生活支援員) 1人以上 看護職員 1人以上 看護職員又は生活支援員 6人につき2人以上		3人 以上
就労移行支援 定員6人 サービス管理責任者 (兼任可) 生活支援員 1人以上 職業指導員 1人以上 就労支援員(職業指導員) 1人以上 看護職員又は生活支援員 6人につき2人以上		3人 以上
生活介護 定員6人 サービス管理責任者 1人以上 生活支援員 1人以上 看護職員 1人以上 医師 (病院と兼任可) 看護職員、理学療法士、作業療法士、 機能訓練指導員又は生活支援員 6人につき2人以上		3人 以上
施設入所支援 定員 80 人 一夜勤2人以上(2施設)日中はほかの訓練に従事 ※1 生活支援員 2人以上		16人 以上
計		32人 以上

※ 日中は他の訓練に従事するため重複人数(6人)を控除している。

④ 収入の報酬基準と職員数（意見）

センターの施設部門では、比較的重度な障害者の利用が多い中、これらの障害者の社会復帰を目指して、生活支援、機能訓練及び職業訓練に関してきめの細かなリハビリテーションを提供しているが、手厚いリハビリテーションが報酬基準と合致せず不採算となっている。ここに、県費を投入する意義が認められる。なお、長野県において機能訓練サービスを提供する障害者支援施設はセンター以外にはない。

しかしながら、施設部門は、現行の報酬制度の下では不採算であり県費を投入する必要性は認められるものの、最も効果的かつ効率的な職員配置によってリハビリテーションを行うことが求められる。

障害者総合支援法の報酬基準では、機能訓練、生活訓練は1日の訓練者数をもとに算定するため、実施単位数及び職員数（最低限の施設基準はある）の定めはない。一方、病院部門における診療報酬基準では、リハビリテーション実施単位数に応じて報酬が算定され（患者1人につき1日当たり6単位（9単位）を上限とする）、従事者1人につき1日実施単位数（18単位を標準とし24単位を上限とする）が定められている。このように、病院部門の実施単位数及び職員数は診療報酬基準によって規定されており、診療上の実施単位数の決定においても一定の制約となっている。施設部門の実施単位数及び職員数は、報酬基準の規定がないことから、訓練上の実施単位数の決定において制約は働かない。このため、実際の訓練における必要なリハビリテーションの実施単位数を見込み、それに見合う職員数の配置がなされてきたと考える。

訓練における理想的なリハビリテーションの実施単位数を実施するには多くの職員数を配置することになり、赤字額が大きくなり、県費投入額も多くなる。最も効果的かつ効率的な職員配置にはリハビリテーションの実施単位数と職員配置ひいては赤字額（県費投入額）のベストミックスを決定する必要がある。そこで、障害当事者や外部の有識者等を加えた「あり方検討会（仮称）」又はセンターの経営に従事する職員によって構成される経営推進会議等の場において、リハビリテーションの実施数と職員数ひいては赤字額（県費投入額）のベストミックスを十分に議論して決定することが望まれる。

(3) 施設部門の運営の改善（意見）

リハビリテーションの実施単位数と職員数のベストミックスを十分に議論して決定する必要があることは既に述べたが、施設部門の運営の改善に関する意見は次のとおりである。

① 施設入所支援は、入所者を増やすことが求められる。

施設入所支援の入所者数は目標に比べて大幅に少ない。また、入所者の地域偏在も大きい。センターは、病院と施設が一体となった施設であり、医療と福祉の連携による切れ目のない支援が行える特徴がある。これらの特徴について、病院と連携しながら、より一層のPRや説明会により県民への周知を図り、医療機関や市町村等への訪問等により理解を得ることが望まれる。

② 生活訓練及び就労移行支援は、利用者数（1日平均利用者数）を増やす必要がある。

より一層のPRや説明会及び医療機関や市町村等への訪問等が必要であることは施設入所支援と同じである。また、生活訓練及び就労移行支援の定員は6人と機能訓練に比べて極端に少なく、以下のように他県の施設の障害福祉サービス相互間の定員の状況とも異なることから、生活訓練及び就労移行支援のニーズはどのくらいあるのか調査し、定員の変更を含めて検討すべきである。

障害福祉サービスの定員の状況

項目	単位	長野県	埼玉県	香川県
運営形態		直営	直営	指定管理者
施設名称		長野県立総合リハビリテーションセンター	埼玉県総合リハビリテーションセンター	かがわ総合リハビリテーションセンター
機能訓練定員	人	62	40	44
生活訓練定員	人	6	12	12
就労移行支援定員	人	6	50	24
生活介護定員	人	6	-	-
施設入所支援定員	人	80	90	40
短期入所定員	人	4	-	2

※「事業年報」より監査人作成

3. 病院部門の収支

(1) 平成 24 年度の病院部門の収支及び個別目標（センターの説明）

センターの病院部門の平成 24 年度の部門別収支は 101,329 千円の赤字（支出超過）であり、同額の県費が投入されている。

センターでは「第二次経営推進プラン初年度（平成 24 年度）の実績について」において、個別目標の達成状況を以下のように説明している。所管課でも、「総合リハビリテーションセンターの運営状況について」（議会説明資料）において「個別目標の一部で目標を達成できなかったものの、概ね目標を達成している」としている。

- ・ 医師及び言語聴覚士の欠員が解消できなかったこと
- ・ 入院患者数、外来患者数は前年度を下回り個別目標を達成していないが、病床利用率は個別目標を達成していること
- ・ 手術件数は個別目標を達成していること
- ・ 理学療法、作業療法及び言語聴覚療法の実施延べ人数、実施総単位数は外来患者の減少や理学療法士の産休や言語聴覚士の欠員のため個別目標を達成していないこと

また、病院部門の平成 24 年度の収支計画と収支実績を比較し、収入は計画よりも実績が 1 百万円上回り、給与費運営費（経費）は 4 百万円下回ったため、収支は 5 百万円改善したとしている。

病院部門の概況:

項目	平成 22 年度	平成 23 年度	平成 24 年度	個別目標
医 師 数	(4月～6月) 7人 (7月～3月) 6人	6人	6人	7人
看 護 師 数	53人	51人	52人	54人
外 来 患 者 数	20,338人	18,015人	16,581人	19,000人程度
手 術 件 数 神経ブロック(外数)	420件 (242件)	379件 (184件)	394件 (208件)	400件 (200件)
入 院 患 者 数	731人	657人	607人	700人程度
病床利用率(1F・2F)	77.8%	74.3%	75.5%	75%程度
2F 病棟個室利用率	78.4%	70.2%	81.2%	78.0%
平均在院日数	31.0日	32.1日	35.1日	29日以内
脳卒中連携パスの使用件数	一件	18件	22件	30件
ジェネリック薬品×使用率	10.3%	8.2%	8.5%	12%
理 学 療 法 士 数	14人	14人	13人	14人
作 業 療 法 士 数	8人	8人	7人	8人
言 語 聴 覚 士 数	3人	2人	2人	3人
理学療法実施延べ人数	19,606人	18,103人	17,680人	20,409人
理学療法実施総単位数	37,108単位	35,127単位	35,122単位	40,819単位
作業療法実施延べ人数	10,114人	10,096人	9,803人	10,300人
作業療法実施総単位数	20,673単位	17,948単位	18,145単位	19,700単位
言語聴覚療法実施延べ人数	3,987人	3,245人	2,734人	4,784人
言語聴覚療法実施総単位数	8,545単位	5,097単位	4,277単位	10,254単位

(2) 病院部門の1階病棟、2階病棟及び外来別収支の分析

病院部門は、診療機能や病棟の特性によって、1階病棟、2階病棟及び外来診療に区分して現状を把握することが有効である。しかし、センター及び所管課では上述したように病院部門全体での支出超過額は把握しているものの、1階病棟、2階病棟及び外来診療別の収支を把握していない。そこで、入手できるデータを基に、平成24年度の1階病棟、2階病棟及び外来診療の収支を試算した。試算した結果は以下のとおりであり、1階病棟は64百万円の赤字、2階病棟は9百万円の黒字、そして外来は46百万円の赤字となっている。

1階病棟の64百万円の赤字の主な原因は、入院患者数が少ないことが考えられる（「(3) ①1階病棟と2階病棟別の個別目標の設定」参照）。医師及び看護師の人数が限られている中、重度の障害のある患者を受け入れる間は医療や看護の必要度が高くなるため、障害の程度等を考慮して入院調整を行っているとの説明を受けている。また、現在の診療報酬体系では、高次脳機能障害など検査・投

薬・処置（手術）の少ない患者から報酬が得にくい仕組みとなっていること、在院日数が長期に及ぶ患者は入院料の初期加算がなくなること等の制度上の要因もある。

2階病棟の9百万円の黒字の主な原因は、手術件数が多く、手術実施によって医薬材料費も多くかかっているもののそれを上回っている手術料収入を得ていること、在院日数が短く入院料の初期加算が認められる期間の割合が高いことが考えられる。

また、外来の46百万円の赤字の主な原因は、外来患者数が少ないことが考えられる。平成24年度の診療報酬改定において、介護保険の介護保険被保険者（要介護認定者）に対するリハビリテーションを介護保険に移行するように促す措置（診療報酬減額措置等）が講じられているため、整形外科とリハビリテーション科で外来患者数が減少している。また、現在の診療報酬点数では、手術前の診察・検査や慢性疾患の治療・投薬が主な診療内容となっており、外来での高額な診療報酬が想定されていないという制度上の要因もある。

平成24年度 1病棟、2病棟、外来診療別 収支状況(試算) (単位:千円)

	1階病棟	2階病棟	外来	病院計
収 入	253,081	638,584	197,732	1,089,397
支 出	317,134	629,486	244,105	1,190,725
収 支 差 額	△64,053	9,098	△46,373	△101,329

※センターより資料を入手して監査人作成

[試算の方法]

病院部門の歳入・歳出はセンターが作成した「長野県立総合リハビリテーションセンター収支計算書」に依っている。

歳入・歳出は、1階病棟、2階病棟、外来に賦課⁵⁷又は配賦⁵⁸している。

配賦基準は、入手可能かつ客観性が担保された患者数・給与額・診療稼働額⁵⁹（42種類）から各費目の性質に応じて、取捨選択している。

⁵⁷ 賦課とは、当該部門において発生したことが直接的に認識される原価を当該部門に割り当てることをいう。

⁵⁸ 配賦とは、当該部門において、発生したことが直接的に認識されない原価を原価要素別に又はその性質に基づいて分類された原価要素群別にもしくは一括して、適当な配賦基準によって関係各部門に費用配分することをいう。

⁵⁹ 診療稼働額は、診療報酬を算出する医事会計システムにより作成されるデータであり、診療行為を社会保険点数等により算出した額である。歳入・歳出は現金の入出金に基づき認識し、一方、診療稼働額は発生ベースで認識するため、差異があるが、年間ベースではその差異は僅少であると考えられるため、配賦基準として採用した。

病棟別収支計算（試算）の状況：

（単位：千円）

内 容	賦課・配賦基準	1階病棟	2階病棟	外来	計
①歳入	総収入基準	253,081	638,585	197,732	1,089,397
歳出					
人件費					
医師	総収入按分率	15,630	39,438	12,211	67,279
薬剤師・臨床検査技師	薬剤検査料収入按分率	738	19,377	8,469	28,584
放射線技術師	画像診断収入按分率	1,112	5,190	11,482	17,783
理学療法士	理精療法料収入按分率	39,128	15,269	12,354	66,750
作業療法士	理精療法料収入按分率	15,563	6,073	4,914	26,549
言語聴覚士	理精療法料収入按分率	6,002	2,342	1,895	10,240
外来（看護部長含む）看護師	直課			25,437	25,437
手術室看護師	手術収入按分率	51	34,939	780	35,771
1病棟看護師	直課	106,379			106,379
2病棟看護師	直課		116,344		116,344
事務員	患者数基準	21,987	20,212	32,632	74,831
報酬	給与基準	1,340	1,681	714	3,735
共済費	給与基準	705	885	376	1,966
賃金	給与基準	3,257	4,087	1,737	9,081
報償費	給与基準	3,384	4,245	1,804	9,433
材料費					
医薬材料費	薬剤検査料収入按分率	8,783	230,482	100,732	339,997
賄材料費	給食患者数基準	9,930	9,129		19,059
委託費・賃借料					
役務費	基本料基準	2,362	2,760	243	5,366
委託料	総収入按分率	9,145	23,075	7,145	39,365
医事事務委託業務	患者数基準	5,621	5,167	8,342	19,131
給食業務	給食患者数基準	9,067	8,334		17,401
使用料・賃借料	基本料基準	7,126	8,326	734	16,186
オーダーリングシステム使用料	総収入按分率	10,274	25,924	8,027	44,226
その他					
備品購入費	基本料基準	7,443	8,695	767	16,905
消耗品費	基本料基準	5,203	6,079	536	11,818
修繕費	基本料基準	5,556	6,492	573	12,621
光熱水費	基本料基準	11,109	12,979	1,145	25,233
燃料費	基本料基準	7,784	9,094	802	17,680
旅費	基本料基準	1,557	1,819	160	3,536
印刷製本費	基本料基準	122	142	13	276
負担金	基本料基準	774	904	80	1,758
公費公課	基本料基準	3	4		7
②歳出計		317,134	629,487	244,105	1,190,726
収支(①-②)		△ 64,054	9,098	△ 46,373	△ 101,329

※上表中の「理精療法料按分率」は、医事会計システム出力帳票記載のものであるが、センターではリハビリテーション料収入按分を意味する。

(3) 病院部門の個別目標

① 1階病棟と2階病棟別の個別目標の設定（意見）

1階病棟及び2階病棟は病床数が40床と同規模であるが、病院部門の収支状況を見ると1階病棟が赤字であり、2階病棟が黒字となっている。この様になっている原因は病棟の特性にあるものと思われる。治療対象となる疾患が異なるため、1階病棟と2階病棟相互の患者の移動はほとんどない。

1階病棟は、脊髄損傷及び脳血管障害が患者数の55%を占め、他の病院での手術後の回復期リハビリテーションの患者が多い病棟である。1階病棟には、高次脳機能障害患者、パーキンソン病の患者

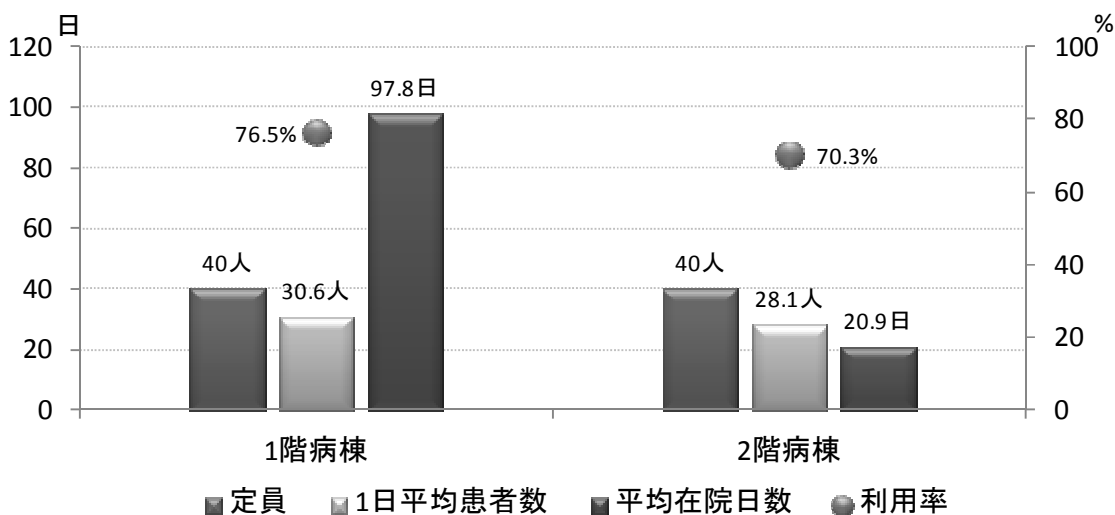
等の重い疾患の患者も入院している。また、筋委縮性側索硬化症等の患者をレスパイトで受入れている。

2階病棟は、脊椎疾患及び関節疾患患者が患者数の94%を占め、関節・脊椎外科手術を受け、その後のリハビリテーションを受けている患者が多い病棟である。

1階病棟は、病床利用率（76.5%）が回復期リハビリテーション病棟の全国平均（89.5%）に比べてかなり低い。平均在院日数（74.8日）が長い場合に高い水準の病床利用率（89.5%）を確保している病院が多いといえる中、センターは、全国平均と比べると平均在院日数が23.0日長いにもかかわらず、病床利用率が13.0%低い状況である。

2階病床は、一般病棟の全国平均と比べると平均在院日数が3.4日長く、病床利用率が5.7%低い状況である。2階病棟の収支は黒字であるが改善できる余地があることを示しているといえる。

このように、1階病棟と2階病棟には大きな違いがある。1階病棟、2階病棟及び外来の収支を計算・分析するとともに、個別目標においても1階病棟、2階病棟別々に病床利用率・平均在院日数を設定して目標の達成を目指すことが望まれる。



項目	単位	1階病棟	2階病棟
定員	床	40	40
延べ患者数	人	11,172	10,270
1日平均患者数	人	30.6	28.1
利用率	%	76.5	70.3
平均在院日数	日	97.8	20.9

(参考情報)

(全国平均)	単位	回復期リハビリテーション病棟	一般病床
病床利用率	%	89.5	76.0
平均在院日数	日	74.8	17.5

※利用率＝延べ患者数/定員×365

※全国平均:(1階病棟)「回復期リハビリテーション病棟入院料において導入された『質の評価』の効果の実態調査報告書」(診療報酬改定結果検証に係る特別調査(平成21年度調査)厚生労働省)
平成24年医療施設(動態)調査・病院報告の概況(厚生労働省)

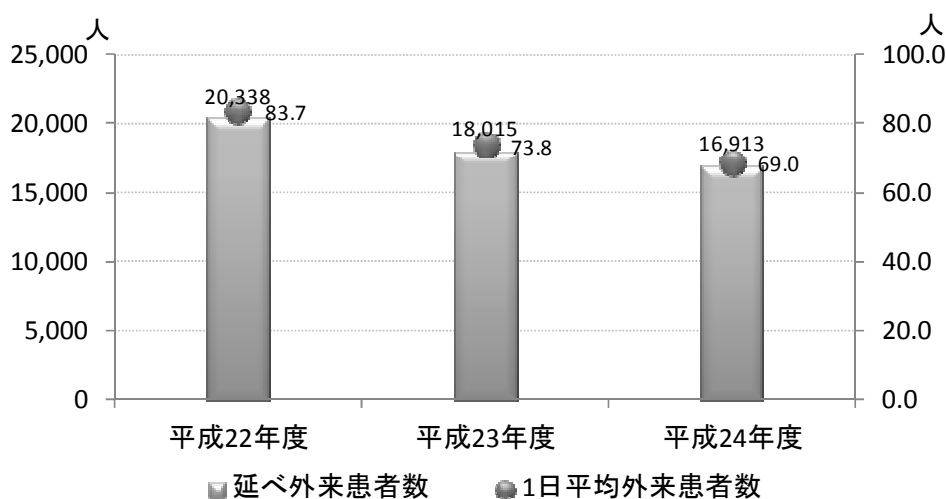
病棟別利用率・平均在院日数の推移

項目	単位	平成 22 年度	平成 23 年度	平成 24 年度
1 階 病 棟				
在 院 延 日 数	日	11,826	11,114	11,172
1 日 平 均 患 者 数	人	32.4	30.4	30.6
病 床 利 用 率	%	81.0	75.9	76.5
平 均 在 院 日 数	日	73.9	84.0	97.8
2 階 病 棟				
在 院 延 日 数	日	10,184	9,982	10,270
1 日 平 均 患 者 数	人	27.9	27.3	28.1
病 床 利 用 率	%	69.8	68.2	70.3
平 均 在 院 日 数	日	17.9	19.0	20.9

③ 外来の個別目標の検討（意見）

平成 24 年度は、外来患者数は 16,913 人（入院患者の他科診療を含む）であり、1 日平均患者数は 67.7 人となっている。外来患者数及び 1 日平均外来患者数は、この 3 年間減少が続いている。主たる原因は、医師 1 名の欠員（平成 22 年 7 月～平成 25 年 6 月）によるものであるが、平成 24 年度診療報酬改定により維持期リハビリテーションについて、介護保険被保険者（要介護認定者）にあっては介護保険によるリハビリテーションへ移行するように促されたことなどにより、該当する患者が減少したことも大きな要因となっている。このため、整形外科とリハビリテーション科で外来患者数が減少している。

センターが掲げている外来の個別目標（19,000 人程度）は、維持期リハビリテーションにおける介護保険被保険者（要介護認定者）の介護保険によるリハビリテーションへ移行が今後も続くようであれば、個別目標を見直す必要がある。



(単位:人)

項目	平成 22 年度	平成 23 年度	平成 24 年度
延 べ 外 来 患 者 数	20,338	18,015	16,913
1 日 平 均 外 来 患 者 数	83.7	73.8	69.0

(4) 病棟の診療報酬基準

① 病棟の診療報酬基準

センターの病院部門の収入について、入院基本料を取り上げ考えてみる。

センターの病院部門の収入は診療報酬点数⁶⁰によって算定される。収入の大部分を占めている入院基本料は、保健医療機関として届け出ている施設基準⁶¹によって計算される。センターは1階病棟と2階病棟を一般病棟入院基本料15対1（1日につき9,450円）で届出している。一般病棟入院基本料15対1の要件は平均在院日数を60日以内と定められている。回復期リハビリテーションを行うことから長くなっている1階病棟の平均在院日数を2階病棟の短い平均在院日数で平均化することによって条件を満たしている。また、現在の診療報酬制度では、入院患者の入院期間が14日以内、15日から30日以内の期間はそれぞれ診療点数が加算されているが、センターにおいては入院患者の入院期間が長く、入院料に初期加算ができない期間が長期に及んでいる。このように、センターは低い診療報酬を余儀なくされている。

② 回復期リハビリテーション病棟入院料

他県の診療報酬の届出の状況では、脳血管障害の患者が多くいる病棟では回復期リハビリテーション病棟入院料を届出している。回復期リハビリテーション病棟は、脳血管疾患又は大腿骨頸部骨折等の患者に対して、ADL⁶²の向上による寝たきりの防止と家庭復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に行う病棟であり、回復期リハビリテーションを要する状態の患者が常時8割以上入院している病棟をいう。上記の条件を満たして届出を行えば、1階病棟を回復期リハビリテーション病棟入院料（例えば、回復期リハビリテーション病棟入院料3（1日につき16,110円））とすることができ、収入が増加すると考えられる。また、1階病棟と2階病棟を別々の病棟として届出できれば、2階病棟の一般病棟入院基本料はより高位の基準（例えば、13対1（1日につき11,030円）、10対1（1日につき13,110円））を届出できるとも考えられる。

一般病棟入院基本料の主な施設基準〔平成24年(概要)〕:

項 目	一般病棟 入院基本料[イ]	一般病棟 入院基本料[ロ]	一般病棟 入院基本料[ハ]	一般病棟 入院基本料[ニ]
看護職員の数	7対1	10対1	13対1	15対1
看護師割合	70%以上	70%以上	70%以上	40%以上
夜勤を行う看護職員の数	2人以上	2人以上	2人以上	2人以上
入院患者平均在院日数	18日以内	21日以内	24日以内	60日以内
入院基本料（1日当たり）	15,660円	13,110円	11,030円	9,450円
初期加算 （14日以内）	4,500円	4,500円	4,500円	4,500円
初期加算 （15日～30日以内）	1,920円	1,920円	1,920円	1,920円
救急・在宅等支援病床 初期加算（14日以内）	—	—	1,500円	1,500円

⁶⁰ 診療報酬点数は厚生労働省によって告示されており、保険診療機関はこの診療報酬点数に基づき、診療報酬の計算を行っている。診療行為等は点数化されており、1点=10円で計算される。医療機関等で健康保険を使って診断・治療を受けるときに用いられる。

⁶¹ 施設基準とは、健康保険法等の規定に基づき保険診療の一部について医療機関の機能や設備・診療体制等の基準であり、厚生労働大臣が定めている。保険診療における”診療の質”の確保を目的に設けられている。

⁶² ADL (activities of daily living) とは、摂食・着脱衣・排泄・移動など生活を営む上で不可欠な基本的行動をいい、日常生活活動ともいわれている。

回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準〔平成 24 年(概要)〕:

項 目	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	回復期リハビリテーション病棟入院料3
回復期リハビリテーション患者割合	80%以上		
回復期リハビリテーションを要する状態	発症後又は手術後 2 か月以内に回復期リハビリテーション病棟入院料が算定されていること		
回復期リハビリテーションの算定上限日数	脳血管疾患、脊髄損傷等:150 日限度、 高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害、重度の頸髄損傷等:180 日限度		
看護職員の数	13 対 1	15 対 1	15 対 1
看護師割合	70%以上	40%以上	40%以上
看護補助者の配置	30 対 1	30 対 1	30 対 1
夜勤を行う看護職員の数	2 人以上	2 人以上	2 人以上
新規入院患者中の重症患者割合	30%以上	20%以上	-
リハビリテーション担当の医師等の配置	医師 1 名以上 理学療法士 3 名以上 作業療法士 2 名以上 言語聴覚士 1 名以上 在宅復帰支援社会福祉士等 1 名以上	医師 1 名以上 理学療法士 2 名以上 作業療法士 1 名以上	医師 1 名以上 理学療法士 2 名以上 作業療法士 1 名以上
在宅復帰率	70%以上	60%以上	-
入院基本料（1 日当たり）	19,110 円	17,610 円	16,110 円

※ 医師は専任、理学療法士及び作業療法士は専従が要件

※ 回復期リハビリテーション病棟においては初期加算がない

(参考)各県の施設の病棟ごとの診療報酬基準

項 目	長野県		栃木県		埼玉県	
人 口	2,152 千人		2,008 千人		7,195 千人	
面 積	15,279k m ²		6,408k m ²		3,797k m ²	
名 称	長野県立総合リハビリテーションセンター		とちぎリハビリテーションセンター		埼玉県総合リハビリテーションセンター	
運 営 形 態	直営		直営		直営	
診療報酬基準 入院基本料(届出)	主な疾患	床	主な疾患	床	主な疾患	床
一 般 病 棟	・脊髄損傷、 脳血管障害	40 床	・障害者疾患	40 床	・脊椎疾患、関節疾患 手術、訓練	37 床
	・脊椎疾患、 関節疾患	40 床				
回復期リハビリテーション病棟			・脳血管障害	40 床	・脳血管障害 (入院料 1)	40 床
障 害 者 施 設 等					・神経難病、脊髄損傷 (入院料10:1)	43 床
病院病床計	80 床		80 床		120 床	

項 目	奈良県		兵庫県		香川県	
人 口（千 人）	1,401 千人		5,588 千人		996 千人	
面 積	3,691k m ²		8,395k m ²		1,876k m ²	
名 称	奈良県総合リハビリテーションセンター		兵庫県立西播磨総合リハビリテーションセンター		かがわ総合リハビリテーションセンター	
運 営 形 態	指定管理者		直 営		指定管理者	
診療報酬基準（入院基本料）	主な疾患	床	主な疾患	床	主な疾患	床
一 般 病 棟	—	50 床	/		/	
回復期リハビリテーション病棟	・脳血管障害 (入院料1)	50 床				
障 害 者 施 設 等	/		・神経障害、脊髄損傷 (入院料10:1)	50 床	・脳血管障害・認知症以外の障害者疾患	31 床
病院病床計	/		100 床	100 床	/	
	/		100 床	100 床	69 床	

※上記の参考情報は回復期リハビリテーション病棟の届け出をしているリハビリテーションセンターにつき、直営及びその他(任意抽出)を掲載している。情報は主に各センターのウェブサイトで開示されている情報を基礎としている。

③ 病棟の診療報酬基準の検討の必要性（意見）

センターでは、1 階病棟に回復期リハビリテーション病棟入院料を適用する場合に、次のような課題があるとしている。

- ・ 専任の医師 1 人が必要であること
- ・ 平成 24 年度の 1 階病棟入院患者 112 人のうち 76 人が他の病院からの転院患者であり、その中には、急性期病院からの転院患者ですでに発症後 2 か月を経過している患者や他の病院の回復期リハビリテーション病棟からの転院患者で 150 日又は 180 日（回復期リハビリテーション病棟の算定上限日数）に近い日数が経過している患者などがいること。
- ・ このような患者に回復期リハビリテーション病棟入院料を適用した場合には特別入院基本料（1 日につき 5,750 円）が算定され、収入の増加にはつながらないこと。

上記に該当する患者は、現在の診療報酬制度では他の病院の入院が困難な患者である。加えて、診療報酬制度において、要件とされている日数（発症後又は手術後 2 か月以内）や算定上限日数（150 日又は 180 日）は治療において効果が認められる日数として設定されているともいえることから、これらの日数を満たさない患者への治療には効果があまり期待できないという見方もできる。

そして、診療報酬制度により他の病院の入院が困難な患者を受け入れることは、低位の診療報酬基準である一般病棟入院基本料 15 対 1 又は特別入院基本料によって算定されることから、診療報酬の受取額が少なくなり、赤字額が大きくなる。センターでは、診療報酬制度において他の病院の入院が困難な患者を受け入れているが、他の病院の入院が困難な患者受入れと診療報酬の減少額（ひいては赤字額）の組み合わせを検討する必要があると考える。

1 階病棟の診療報酬基準の検討にあたっては、診療報酬制度において他の病院の入院が困難な患者

の受入れも含めたどのような回復期リハビリテーションを行うのかについて、障害当事者や外部の有識者等を加えた「あり方検討会（仮称）」又はセンターの経営に従事する職員によって構成される経営推進会議等の場において十分に議論して決定することが望まれる。その際には、各診療報酬基準による収入額のシミュレーションも十分に行うことになる。

(5) 病院部門の職員配置

センターでは、第二次経営推進プランの取組項目に医師・看護師等の人材確保を掲げ、常勤医師の配置を含め中長期的視点に立った医師・看護師の確保に力を入れていきたいとしている。病院部門の個別目標として、医師数、看護師数、理学療法士数、作業療法士数、言語聴覚士数を設定している。

① 医師数の状況

個別目標の医師数は定数の7人としている。医師数は平成22年7月から平成25年6月まで6人であり、定数に対して1人欠員であった。

② 看護師数の状況

病院部門の個別目標の看護師数は54人である（施設部門に配置している看護師数を含む）。現員数（平成25年5月1日）は定数どおりとなっている。定数は、1階病棟及び2階病棟について施設基準（診療報酬基準）から算出された夜勤看護師数に2人ずつ加え、看護部長1人、手術室6人、外来3人及び施設部門8人を加えた人数である。各病棟に2人ずつ加えているのは、看護管理を行う看護師長と育児期間中などで夜勤困難な看護師がいることを考慮したためである。

「2 (2) ④収入の報酬基準と職員数」に記載したように、施設部門に8人の看護師を配置する必要性について検討し、その結果によっては病院部門の看護師数に変更もあり得ることになる。

部 署	施設基準 (診療報酬基準)	定数	現員数
看護部長	—	1人	1人
1階病棟	16人	18人	18人
2階病棟	16人	18人	18人
手術室	—	6人	6人
外 来	—	3人	3人
病院部門計	32人	46人	46人
施設部門	—	8人	8人
更生相談室	—	1人	1人
計	32人	55人	55人

※1. 施設部門の看護師8人は、看護部の看護師の内、支援部兼務となっている看護師である。

2. 施設部門・更生相談室には別の施設基準がある。

3. 更生相談室の1名は、定数上保健師である。

4. 現員数は、休業中の職員を除き、臨時的任用職員及び産休代替職員を含む人数である。

(施設基準)

「夜勤を行う看護職員の1人当たりの月平均夜勤時間数が72時間以下であること。」

夜勤は8人((準夜勤2×夜勤2)×2病棟)8人×31日=248人、248人÷8回/月=32人

なお、看護補助加算Ⅰ(1,090円/日)を算定している(一般病棟入院基本料15:1、看護補助者数30:1(2人以上))

③ 理学療法士数、作業療法士数及び言語聴覚士数の分析

個別目標の理学療法士数、作業療法士数及び言語聴覚士数は定数と同じである。定数（病院部門）は、個別目標の総実施単位数から施設基準（診療報酬基準）によって算定した人数とほぼ同数である。現員数（平成25年4月1日）は、理学療法士が2人、作業療法士が1人不足している。

「2(2)④収入の報酬基準と職員数」に記載したように、施設部門の各3人配置の検討によっては、病院部門の療法士に変更もあり得ることになる。

職種	施設基準 (診療報酬基準) *1	診療報酬上 必要な人数 *2	定数 *3	現員数
理学療法士			14人	12人
病院部門	5人以上	10人	11人	9人
施設部門	—	*4	3人	3人
作業療法士			8人	7人
病院部門	3人以上	5人	5人	5人
施設部門	—	*4	3人	2人
言語聴覚士	1人以上	3人	3人	3人
計	10人以上		25人	22人

*1 施設基準(診療報酬基準)は脳血管疾患等リハビリテーション料Ⅰ、運動器リハビリテーション料Ⅰ及び呼吸器リハビリテーション料Ⅰの施設基準である。

発症、手術等から180日以内に限り所定の点数を算定する。兼任可となっている。合計の人数は理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士を合わせて10人以上である。

*2 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士と患者が1対1で行う。

従事者1人につき1日18単位を標準とし、1日24単位を上限とする。

リハビリテーションは患者1人につき1日6単位(1単位20分)に限り算定できる(通則)。

理学療法士数:個別目標実施総単位数40,819単位÷18単位/日÷245日=9.2→10

作業療法士数:個別目標実施総単位数19,700単位÷18単位/日÷245日=4.4→5

言語聴覚士数:個別目標実施総単位数10,254単位×(4,784人+1,083人)÷4,784人÷18単位/日÷245日=2.9→3

*3 定数は病院部門と施設部門の合計で設定されている。

*4 2(2)③施設部門の職員数を参照

④ 病院の職員配置と定数管理の柔軟な対応（意見）

病院部門の収入が増加しない要因の一つに、現在の病院部門の職員配置の状況がある。病院部門の職員配置は、平成24年度において、医師、理学療法士及び言語聴覚士が欠員（休業等の未補充を含む）の状況である。センターの職員に適用されている地方公務員法では、欠員が生じた場合に臨時的任用職員での補充が認められている。しかし、医療人材不足がいわれている現状では、期限付きの臨時的任用職員による補充は難しく、欠員のままになっている。このため、十分な治療ができず、また、重度の障害のある患者を受け入れる間は医療や看護の必要度が高くなるため、障害の程度等を考慮して入院を調整するといったケースが発生し、病院部門の収入にも影響しているといえる。このため欠員解消に向けた方法を検討することが急務である。

また、看護師、理学療法士及び作業療法士は、看護部、リハビリテーション療法部に全員を配置した上で、施設部門での訓練等に必要なる人数を施設部門に配置している。施設部門における訓練等の実施数と職員数の十分な議論によって、施設部門の職員配置数が決定し、同時に病院部門の職員数が決まることになる。このような、センター内の職員配置の見直しによっても、患者数やリハビリテーション実施数が増加しているなどによって、病院部門の職員が明らかに不足している場合には、病院部門の収支改善のために、県の定数管理の例外を認めて定数を増員するなどの柔軟な対応も検討することが望まれる。

4. センターの意義

(1) センターの特徴と現状

センターは、身体障害者更生相談所、障害者支援施設、病院及び補装具製作施設を有機的に複合させた施設であり、病院（医療）と障害者支援施設（福祉）が一体となって医療と福祉の連携による切れ目のない支援が行われているところに特徴がある。

センターでは、このような特徴を活かして、障害者に対して医師と各専門職による技術を結集して障害に応じたプログラムを作成して社会復帰のための支援を行い、病院における理学療法、作業療法、言語聴覚療法等の治療と施設における機能訓練を連続して行うことによって、これまで多くの重度な障害者を社会復帰させる成果を上げている。

長野県の身体障害者のうち機能回復訓練の主な対象とされる 18 歳から 64 歳までの人数は平成 25 年 3 月においては全体の 24%であり、地域的（県内 4 地域）分布に偏りは見られない。近年の傾向では中度障害の身体障害者が増えており（最近 9 年間で 27%増）、また、65 歳以上の高齢者も増えている（同 22%増）。このような県内の身体障害者の状況のなかで、センター利用者に大きな地域偏在が見られ、利用者数でも減少傾向にある。

(2) 「障害者プラン 2012」におけるセンターの取扱い

「障害者プラン 2012」は、「長野県総合 5 か年計画」の障害者施策の個別計画として位置づけられるが、そこでは、センターの位置づけ及び経営（運営）の方向性が明らかにされていない。なぜなら、「障害者プラン 2012」において「居宅サービスの充実」、「利用しやすい県立施設」、「移動支援の充実」、「高次脳機能障害者への支援」等の施策には、施策の展開・方向性にセンターが取り上げられているものの、センターに関わる重要な障害者施策であると考えられる「福祉人材の養成・確保」、「医療体制の充実」、「地域リハビリテーションの推進」、「重度障害者への支援」、「難病対策の推進」などにはセンターの関わりが示されていないからである。

(3) 「第二次経営推進プラン」の問題点（意見）

センターでは、「障害者プラン 2012」を踏まえて「第二次経営推進プラン」を策定しているが、このプランではセンターを長野県における障害者自立支援の拠点施設として位置付けており、施設の持つ特徴から経営理念、基本目標、センターの発展方向と目指す経営及び 6 つの取組項目を明らかにするとともに、経営目標として全体目標及び個別目標を設定している。

しかし、センターの「第二次経営推進プラン」は、センター自身が策定することとなっており、所管課がその策定に十分関与していないことから、数値目標は設定されているもののサービスの提供に重点が置かれており、経営効率（健全）化を踏まえた目標としては十分とは言えない部分がある。

具体的には設定された全体目標及び個別目標には、以下のように①目標設定に加えるべきもの、②目標設定数値を再考した方がよいものがある。

全体目標については、「センターの使用料収入の目標額」と「病院部門の職員給与費の 1.8 倍以上の医業収入の確保」を掲げている。これらの指標が重要であることは間違いないが、センターの経営において問われているのは県費投入額（一般財源）の多寡であり、決算ではその投入状況を説明していることから、まずは必要な県費投入額を全体目標として事前に設定してセンターが目標達成に向けて推進することが求められる。

また、全体目標の一つとして「センター使用料収入額 1,200 百万円以上の達成」を掲げているが、この目標数値は、新経営推進プラン（第 1 次経営推進プラン）と同額であり同期間において全て達成していたこと、及び、障害者自立支援法の施行に伴う経過措置（激変緩和措置）は平成 22 年度をもって終了し、平成 23 年度にも目標達成していることから、目標数値としては十分とは言えない。「センター使用料収入額 1,250 百万円以上の達成」程度の目標値の設定が望まれる。

個別目標については、障害者支援施設部門及び医療の項目に改善すべきと考えられるものがある（「2.（1）平成 24 年度の施設部門の収支及び個別目標」、「3.（3）病院の個別目標」及び「3.（5）病院部門の職員配置」参照）。

(4) 今後の改善方策（意見）

所管課及びセンターは、障害者施策の中におけるセンターの位置付けを明確にし、センターの経営（運営）の方向性を明らかにするため、障害当事者や外部の有識者等を加えた「あり方検討会（仮称）」を設置し、センターの果たすべき役割や取組を示すべきである。センターの果たすべき役割や取組の中には、施設部門のリハビリテーション実施単位数と職員配置の決定（「2（2）収入の報酬基準と職員数」参照）や診療報酬基準に影響を与える他の病院の入院が困難な患者の受入れ（「3（3）病棟の診療報酬基準の検討の必要性」参照）が含まれると考える。

これを受けてセンターは、所管課の職員も含めた経営推進会議を主催し、経営推進プランの改定に向け、新しい経営推進プランに「あり方検討会（仮称）」で示されたセンターの役割及び方向性を織り込み、センターの経営改革の取組項目を定めるとともに、経営目標である全体目標や個別目標を設定することになる。そして、所管課は、経営推進会議に参加し、全体目標や個別目標の達成状況を確認し、センターの経営（運営）状況をよりの確に指導・監督していくことが望まれる。

また、所管課及びセンターは、新しい経営推進プランを活用し、各地域の県民や市町村に、障害者施策の中でのセンターの役割や方向性を明確に示し、県内にセンターが障害者自立支援の拠点施設として浸透するように努めるべきである。

5. センターの治療と訓練への県費投入

(1) 県費投入額の推移

県費投入の状況は以下のとおりであり、県費投入額（一般財源等）は平成 22 年度の減少を除き、概ね同じ水準で推移している。

（単位：千円）

	平成 20 年度	平成 21 年度	平成 22 年度	平成 23 年度	平成 24 年度
決算額	1,644,311	1,653,297	1,617,230	1,630,649	1,612,069
給与費	940,732	916,503	911,516	914,780	865,753
運営費	703,579	736,794	705,714	715,869	746,316
センター収入	1,295,345	1,277,755	1,340,227	1,280,850	1,255,571
うち医業収入	1,059,819	1,053,952	1,108,770	1,105,362	1,084,187
一般財源等	348,966	375,542	277,003	349,799	356,498

※「総合リハビリテーションセンターの運営状況について」(障害者支援課)(2)決算額等の推移より作成

- ・運営費の特殊要因(平成 21 年度の MRI 購入 106,050 千円、宿舍取壊し 68,754 千円及び平成 24 年度の CT 購入 107,835 千円)は含まない。
- ・平成 23 年度のセンター収入の約 50 百万円の減少の主な要因は、障害者自立支援法の施行に伴う経過措置(激変緩和措置)が終了したこと(約 60 百万円の減少)によるものである。
- ・平成 24 年度の給与費の減少、運営費の増加は主として給食調理の委託化による。

(2) センターの治療と訓練への県費投入の明確化（意見）

センターでは病院部門、施設部門等が不採算となっており、また行政部門である身体障害者更生相談所を有していることから県費が投入されている。(1)「県費投入額の推移」にあるように、県費（一般財源）の投入は平成 24 年度決算で 356,498 千円であった。センターの会計は、県の機関として一般会計に計上されていることから、給与費が県庁で集中管理されているため、これを含めたセンターへの県費投入額は別途計算しなければならない。上記の計算は、所管課とセンターが平成 23 年度から行い、県議会等に説明している。

センターの運営状況及び県費投入の実額を明確にするためには、センターの予算及び決算を特別会計とするなど、制度的に区分することを検討することが望まれる。特別会計等にすることにより、県費投入額を一般会計繰入額として予算及び決算において明らかにして、収支及び予算との乖離額を把握分析し、経営実態を理解することができる。

一般会計繰入額（県費投入額）の増減を明確にした後に、その発生原因である治療と訓練の内容、運営を改善すべき内容を示して、コスト（一般会計繰入額（県費投入額））と受益（重度の障害者を社会復帰させるための手厚い治療及び訓練）の明確化を通して県民に説明して理解を求めることになる。

6. センターの運営形態

(1) 行政改革・財政改革

県は、「長野県行政・財政改革方針（平成24年3月）」（以下「改革方針」という。）において、社会情勢の変化や多様化するニーズに迅速・的確に対応し、県民に質の高いサービスを安定して提供するためには、「行政にこそ変化が必要」との認識のもと、県民サービスの充実や職員・組織の持つ力を最大限発揮できるような仕組みづくり（質の向上）に力点を置くとともに、組織のスリム化や経費削減といった行政の効率化・最適化についても継続して取り組むことし、取組の柱の一つとして「行政経営システム改革」を挙げている。

(2) 行政経営システム改革

「行政経営システム改革」は、組織風土変革、業務の生産性の向上、アウトソーシングの推進、ファシリティマネジメントの推進、定員の適正化を骨子として、時代の要請や行政ニーズに柔軟に対応し、組織や事業、仕事の仕方を改善する行政経営の仕組みの再構築を目的としている。

(3) アウトソーシングの推進

県が責任を持って直接行うべきサービスは、引き続き実施しつつ、民間企業等のノウハウの活用により、サービスの質の向上・コストの縮減、公の仕事を開放することによる民間企業等活力の高揚や雇用の創出が可能な事業はアウトソーシングを図ることになる。

アウトソーシングの形態としては、①指定管理者制度、②地方独立行政法人化、③業務の民間委託が考えられる。

(4) センター業務のアウトソーシングについて

改革方針においてセンターの業務は、①指定管理者制度、②地方独立行政法人化、③業務の民間委託の検討対象とされ、給食業務については、既に平成24年度に民間委託されている。

検討対象とされている①指定管理者制度、②地方独立行政法人化では、運営主体が予算配分や職員配置の裁量を増すことから効率的な運営に資すると考えられる。一方、センターは複数の施設の併設・複合施設であり、病院と障害者支援施設が一体となった県内唯一の施設であることから、そのまま受託できる指定管理者は少ないこと、更生相談所と病院、障害者支援施設等が分離した場合には、複合施設・一体施設の機能が失われ重度な障害者を社会復帰させる機能は低下することや更生相談所は県立施設として維持することが求められていること、職員を兼任することができないため、県立施設と指定管理者制度施設又は地方独立行政法人にそれぞれ職員を配置することが必要となることから、不効率となるとともに経済性も損なわれるおそれがあるといった課題がある。

(5) センター業務のアウトソーシング等の検討（意見）

センターでは、行政機関としての身体障害者更生相談所及び身体障害者支援施設、病院、補装具製作施設が一体的に運営されている。センター全体が行政機関として運営されていることから、障害者の相談や社会復帰にきめ細かく対応しており、その実績もあげている。

しかし、行政機関として管理されているために、サービス提供を重視する半面、県費投入額の最小化に向けた経営目標の設定及び収支管理が十分とはいえず、また、職員定数の管理も一般行政職員部門として取扱われ、経営上の観点が入りづらい状況となっている。

一方、センターの利用状況をみると、施設部門や病院部門1階病棟の利用は北信地域の居住者に偏っており、これら部門の役割と考えられるセーフティネット機能が十分に果たされているとは思えない状況である。また、施設利用者数はこの3年間は微増しているものの、長期的には減少傾向にあり、定員を大きく下回っていること及び患者数は減少傾向にあることから、センターの役割が県民に十分浸透されていないとも考えられる。

障害者支援やセンターを取り巻く情勢は、障害福祉サービスが措置から契約へと変更され、介護保険制度の創設、医療技術の進歩、リハビリテーション医療の普及など大きく変化している。

センターの役割、方向性については、県の障害者プランを踏まえて、センター独自で3年ごとに経営推進プランに記載されているが、所管課の関与も少なく、障害当事者や有識者等の視点も十分に入っていないことから、県の障害者施策の中でセンターの果たすべき役割が十分に議論されていない。このため、センターでは、セーフティネットの役割が強調されて訓練や治療が行われ、施設部門の看護師や理学療法士及び作業療法士の職員配置や病院部門の診療報酬基準に影響を与える患者の受入れ等を行い、赤字額を大きくしている。

そこで、障害者支援に係る情勢が大きく変化し、センターに求められる役割も変化していると考えられる中で、センターの運営形態の議論の前に、障害当事者や有識者等を入れた「あり方検討会（仮称）」を設置し、今後のセンターの果たすべき役割やビジョンを明確にした後に、最もふさわしい経営形態（直営施設（特別会計）、指定管理者や地方独立行政法人化等）を選択することが望まれる。