

# 長野県立総合リハビリテーションセンター 経営強化プラン

(令和8年度～令和12年度)

令和8年3月  
長野県

—— 目 次 ——

	ページ
第1章 はじめに	1
第2章 総合リハが果たすべき役割、機能	2
第3章 医療機能等に係る数値目標と目標達成に向けた取組	5
第4章 運営の安定化に向けた取組	20
第5章 施設整備方針	25
資料	29

## 第1章 はじめに

### 経営強化プランの策定経過

長野県は、病院、障害者支援施設、補装具製作施設、身体障害者更生相談所の4つの機能を併せ持つ複合施設として、昭和49年11月に「長野県身体障害者リハビリテーションセンター（現：長野県立総合リハビリテーションセンター。以下「総合リハ」という。）」を長野市下駒沢に開所しました。

以来、一般会計で運営してきましたが、平成25年度の包括外部監査による指摘、及び平成28年3月にとりまとめられた「総合リハビリテーションセンターの今後のあり方検討会」からの報告を踏まえ、経営状況の把握と中長期的な資産管理を通じた事業運営の安定化を図るため、令和5年度から地方公営企業法の財務規定等を適用しました。

この間、全国では、医師・看護師等の不足や人口減少・少子高齢化に伴う医療需要の変化などにより、持続可能な経営を確保できない公立病院が見られたことから、国は令和4年3月に「持続可能な地域医療提供体制を確保するための公立病院経営強化ガイドライン」を示し、公立病院が担うべき役割・機能を明確化した上で、継続的に役割を果たせるよう、公立病院の設置主体に令和5年度末までに「経営強化プラン」を策定して総合的な取組を行うことを求めました。

県は、公営企業会計による初決算が出る前に、暫定的に経営強化プラン（令和6～7年度）を策定しましたが、今般、令和5・6年度の公営企業会計決算を踏まえ、経営指標に係る数値目標や施設整備方針を盛り込むなど必要な見直しを行い、改めて経営強化プランを策定しました。

### 計画期間

この経営強化プランの計画期間は、令和8年度から令和12年度までの5年間とします。

### プランの見直し

国において、都道府県による新たな地域医療構想の策定に向けたガイドラインの検討が進められていることから、今後、経営強化プランに盛り込むべき事項に大きな変更等があった場合は、計画期間内においても経営強化プランの見直しを行います。

#### 【（参考）総合リハの運営に係る指摘事項等の概要】

平成25年度 包括外部監査（H26.3月報告）

##### 【指摘事項】

- ・アウトソーシングの観点から指定管理者制度の導入や地方独立行政法人化の検討が必要。
- ・今後の総合リハが果たすべき役割やビジョンを示し、県の役割等を明確化すべき。

平成27年度 「あり方検討会」報告書（H28.3月報告）

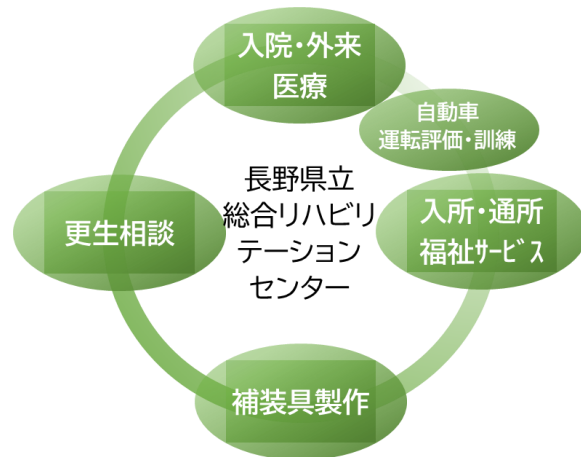
##### 【検討結果】（検討会審議回数：5回、検討期間：平成26年4月～平成28年3月）

- ・利用者の声を踏まえ、総合リハは複合施設としての機能を活かして障がい者を総合的に支援していく必要がある。【総合的なリハビリテーションの提供】
- ・複合施設としていかに運営していくか留意した上で、制度変更やニーズに対し人員配置や予算執行等が迅速柔軟に対応できる運営形態を検討。【指定管理の導入、地方独立行政法人化等】
- ・運営状況や県の財政支出が県民にわかりやすい経理の元で効率的な運営を目指す。【一般会計からの区分】

## 第2章 総合リハが果たすべき役割、機能

### 総合リハの運営目的

総合リハは、医療から自立訓練・就労支援までを一体的に提供できる県内唯一の入所型施設として、主に若年・壮年層の障がいのある方に対し、残された機能を最大限に引き出し新たな代替機能を獲得するための専門的なリハビリを提供するとともに、社会復帰等に向け福祉サービスの調整を行うことによって、それぞれの目指すゴール（就労・復学・社会復帰等）を実現し、地域社会とのつながりを保ち続けられるよう支援を行います。



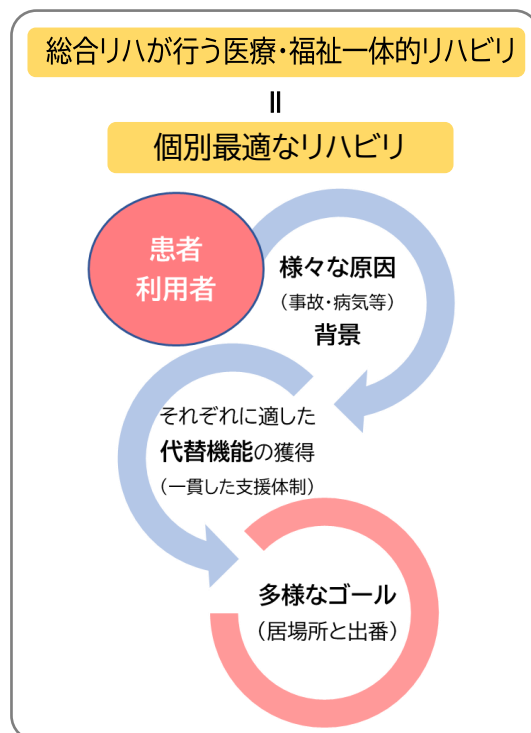
### 県立施設として果たす役割・機能

障がいの原因となった傷病や障がいの程度、その方のバックグラウンド（職場や家庭等の生活環境、就労・復学等への意欲等）や目指しているゴール（就労・復学・社会復帰等）は一人ひとり異なっており、必要となる訓練やゴールまでのサポート内容も個々に応じて異なります。

現在では、地域に回復期リハビリテーション病棟が増加し、医療技術の進歩等により一般的なりハビリによって社会復帰できる方も増えてきています。しかし、診療報酬の仕組み上、入院が長期化するとリハビリの投入密度が低下することや、脊髄損傷、切断、高次脳機能障害などは対応事例が少なく、ノウハウの蓄積が難しいため専門人材の確保が困難であること、障がいのある方本人やその家族の生活課題により社会的支援が必要になる場合など、一般的な医療機関での治療や福祉施設での訓練だけでは、社会や地域生活への復帰が困難なケースがあります。

総合リハは、リハビリテーション病院、障害者支援施設、補装具製作施設、身体障害者更生相談所を併設し、様々な専門的人材（医師、看護師、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、生活支援員、訓練指導員、義肢装具士、心理士、社会福祉士等）を配置している利点を活かし、障がいの程度や家庭環境など様々な背景をもつ患者・利用者に対して、医療による治療から社会復帰まで、一貫した支援体制のもとで、それぞれの目指すゴールに向けた個別最適なりハビリを柔軟かつ長期的に提供します。

特に、病院機能を有していることにより、医師が治療から施設退所まで医学的に一貫したリハビリ計画を立てることができるほか、合併症を抱える方や人工呼吸器など医療的ケアが必要な方にも、リハビリの場を提供できることが、総合リハの大きな強みです。



### 【総合リハの機能・規模】

病院	病床数：80 床 （1 階病棟 40 床・2 階病棟 40 床） <b>【診療科】</b> 整形外科、脳神経内科、内科、麻酔科、リハビリテーション科、泌尿器科
障害者支援施設	定員：80 人 （施設入所支援 60 人、短期入所 4 人） <b>【日中支援サービス】</b> 機能訓練（62 人）、生活訓練（6 人）、就労移行支援（6 人）、生活介護（6 人）
補装具製作施設	・治療用装具、補装具の製作・修理
更生相談室 （身体障害者 更生相談所）	・障がい者の医療・福祉に関する相談支援 ・身体障害者手帳の発行業務 ・身体障がい者の補装具・自立支援医療（更生医療）に係る相談・判定 ・遠隔地に居住する障がい者に対する巡回相談、判定、指導

### 地域医療構想を踏まえた役割・機能

将来的な医師や看護師等の不足、人口減少に伴う医療需要の変化等を見据え、現行の地域医療構想では、地域内で各病院が担うべき病床機能（高度急性期・急性期・回復期<sup>※</sup>・慢性期）を明確にし、病院間の機能分化と連携を進めることで、持続可能な地域医療の確保を目指しています。

総合リハが所在する長野医療圏では、地域医療構想の目標年度である令和 7 年（2025 年）の病床数の必要量に対し、現状では、回復期機能が大幅に不足しています。

現在、総合リハには急性期機能 40 床、回復期機能 40 床の計 80 床があり、急性期機能の病床では主に脊椎疾患や関節疾患の患者を、回復期機能の病床では長期的なリハビリを必要とする患者を受け入れています。総合リハは、県内で唯一、中途障がいの方が社会復帰等を目指すために、医療から自立訓練、就労支援まで一貫したリハビリを提供する入所型の施設であり、専門性の高いリハビリ機能を担っています。この役割を今後も確実に果たすため、他の病院でも対応可能な急性期機能については見直しを行い、地域で不足している回復期機能の充実を進めていきます。

※次期の地域医療構想では「包括期」とされる。

### 【長野医療圏における地域医療構想上の機能別病床数の必要量と現状との差】

病床機能	地域医療構想における 病床数の必要量推計値	R 6 (2024) 年 7 月時点の 機能別病床数	差
高度急性期	543 床	536 床	△7 床
急性期	1,634 床	2,367 床	733 床
回復期	1,196 床	709 床	△487 床
慢性期	1,047 床	1,278 床	231 床
合計	4,420 床	4,890 床	470 床

出典：長野県ホームページ「病床機能報告の状況」

## 地域包括ケアシステムにおいて果たすべき役割・機能

長野県では、医療・介護・介護予防・住まい・生活支援の各サービスの切れ目ない提供により、高齢者等が介護が必要になっても、住み慣れた自宅や地域で安心して暮らし続けることができる仕組みを「地域包括ケア体制」と呼び、各市町村において地域の特性や課題に応じて地域包括ケア体制の深化・推進に取り組んでいます。

総合リハは、主に若年・壮年層の障がいのある方を対象とする医療機関として、入院期間が長期に及ぶことの多い高次脳機能障害や若年性脳血管疾患の後遺症のある方などを積極的に受け入れることで、回復期病棟を有する他の医療機関の負担を軽減し、長野医療圏及び県全体における地域包括ケア体制の円滑な運営に寄与します。

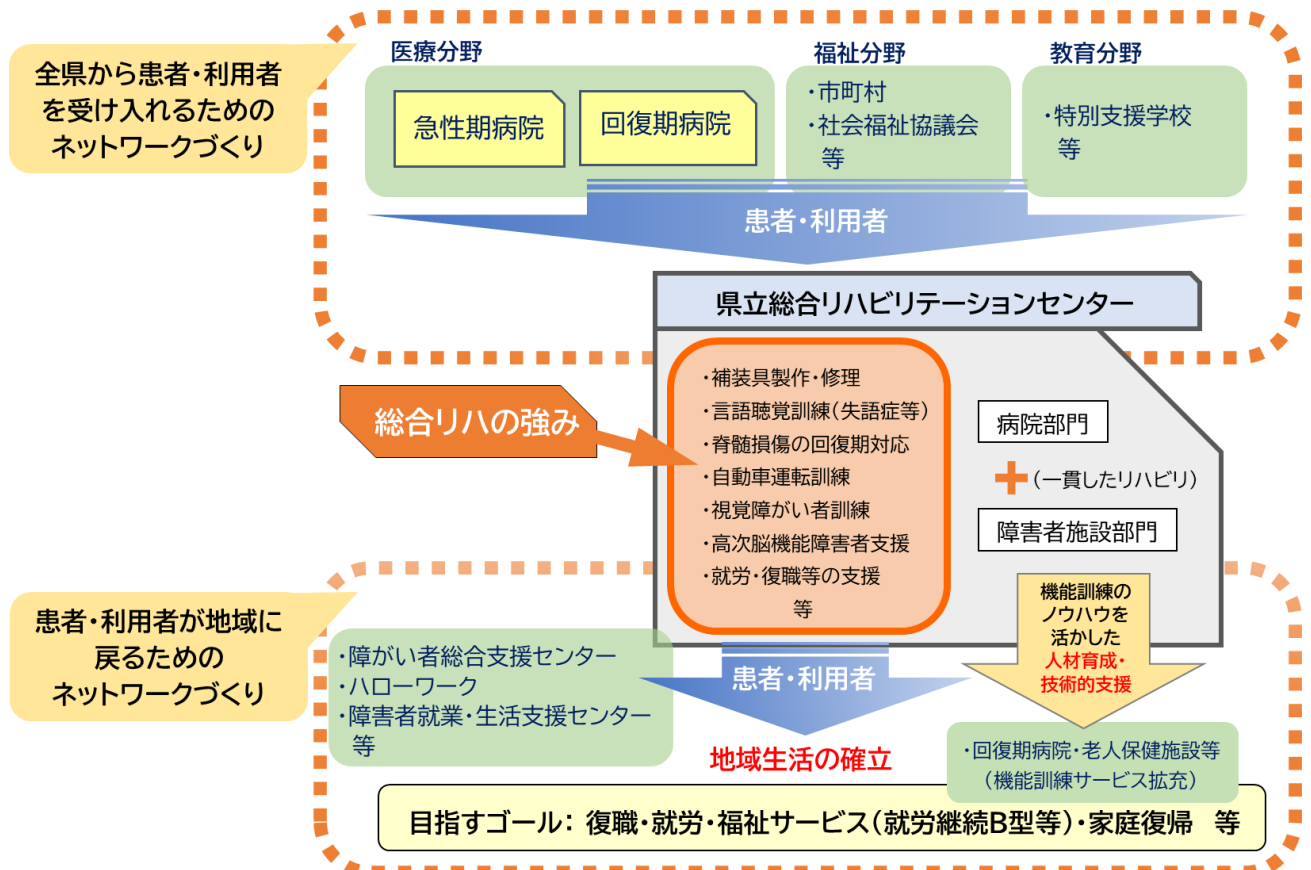
## 機能分化・連携強化

総合リハの役割を踏まえ、県内の医療機関や福祉関係者等との連携により、総合リハへの入口（受入れ）と出口（地域復帰）に関するネットワークの構築・強化を進めます。

入口に関しては、総合リハが強みとする（担うべき）患者像等を関係機関と共有し、全ての中途障がいの方が確実に適切な場所で必要な支援を受けられるよう、関係性を構築・強化します。

出口に関しては、患者・利用者が円滑に地域に復帰できるよう、福祉サービス等の調整を行います。また、地域の回復期病院や老人保健施設等に総合リハが蓄積してきた障がいのある方特有のリハビリに関する技術的支援を行うことにより、身近な地域における機能訓練サービスの拡充に努めます。

### 【入口と出口のネットワーク】



### 第3章 医療機能等に係る数値目標と目標達成に向けた取組

#### 医療機能や医療の質、連携強化等に係る数値目標

総合リハは、病院と障害者支援施設等を併設することによって、治療から社会復帰に向けた福祉サービスの調整まで一貫したリハビリや支援ができることを強みとしており、医療的なケアが必要な重度の脳血管障害の方や、障がいの現れ方に個人差があるため個別的なリハビリが求められる脊髄障害や切断、高次脳機能障害、神経難病などの方を全県から受け入れています。

令和元年東日本台風に伴う浸水被害により一時的に運営休止となり、また、令和2年度から5年度前半にかけ、新型コロナウイルス感染症患者を受け入れるため、2病棟のうち1病棟を転用していた影響等により利用者が減少していましたが、コロナ禍を経て、令和5年度から本格的に県内医療・福祉機関との連携回復・強化を進めたことにより入院患者数・施設利用者数とも増加に転じています。

引き続き、機能回復訓練を必要とする方を全県から受け入れる体制の構築を進め、目標年度には現在の機能を最大限発揮できるよう目標設定を行います。

#### 【医療機能等に係る数値目標（令和8～12年度）】

施設区分	指 標	実 績	見込み	目 標
		令和6年度	令和7年度	令和12年度
病 院	年間入院患者実人数	199 人	220 人	270 人
	一日平均入院患者数	37.6 人	38.6 人	48.0 人
	理学療法実施総単位数（延べ人数）	24,322 単位 (11,522 人)	23,500 単位 (概ね 11,300 人)	25,000 単位 (概ね 12,000 人)
	作業療法実施総単位数（延べ人数）	15,580 単位 (8,409 人)	16,000 単位 (概ね 8,700 人)	18,400 単位 (概ね 9,000 人)
	言語聴覚療法実施総単位数（延べ人数）	8,225 単位 (4,396 人)	9,500 単位 (概ね 4,800 人)	11,000 単位 (概ね 5,500 人)
義肢装具 製作施設	義肢装具製作件数	87 件	75 件	110 件
	義肢装具修理件数	130 件	138 件	140 件
障 害 者 支援施設	新規施設利用者数	88 人	96 人	120 人
	うち、病院部門経由	22 人	22 人	30 人
	一日平均利用者数（入所・通所合計）	31.2 人	32.0 人	40.0 人
	機能訓練（理学療法）実施延べ人数	4,759 人	6,000 人	6,500 人
	機能訓練（作業療法）実施延べ人数	4,930 人	6,000 人	6,500 人
	機能訓練（言語聴覚療法）実施延べ人数	279 人	290 人	350 人
	職業訓練（経理事務等）実施延べ人数	4,373 人	4,500 人	5,000 人
	自動車運転訓練実施延べ人数	835 人	900 人	1,000 人
	自動車運転訓練実施実人数	29 人	40 人	50 人
	うち、自動車運転習熟訓練者数	26 人	37 人	47 人
	うち、自動車免許取得訓練者数	3 人	3 人	3 人
	うち、自動車免許取得者数	3 人	3 人	3 人
更生相談所	身体障がい者更生相談件数	6,852 件	6,800 件	6,800 件

### 疾病・障がい分野

#### 脳血管障害

脳血管障害は民間のリハビリテーション病院でも対応することが可能ですが、片麻痺だけでなく嚥下障害や視野障害、聴覚障害、あるいは脳血管障害と切断の合併など、複数の障がいがある方や、障がいの麻痺の回復に時間を要する方、原疾病の一因として生活習慣病を抱え生活環境改善のために福祉的なサポートが必要となる方など、民間のリハビリテーション病院では対応が困難なケースを中心に受入れを行います。

#### 脊髄障害

脊髄障害は、損傷した部位によって手足の麻痺の他に感覚障害、自律神経障害、排尿障害、排便障害など様々な障がいが生じます。褥瘡や血栓症、尿路感染症や廃用症候群の発症等、様々な合併症リスクを抱えているため、脊髄損傷を専門とする医師の指導のもとリハビリを行います。また、障がい固定し障害者支援施設でのリハビリに移行してからも引き続き医療的なケアが重要となるため、施設に最低基準以上の看護師を配置するとともに、病院の医師・看護師がサポートに入ることで夜間・休日にも手厚い医療体制を構築し、リハビリ生活をサポートします。

#### 切断

事故による外傷などの他にも、腫瘍や感染症、近年では糖尿病や動脈硬化症等による循環不良を原因とした切断が増えてきており、切断に至った原因や、切断の部位（残された手足の長さ）によっても必要となる治療やリハビリの方法が異なります。原疾患の治療とともに、退院後の生活環境改善に向けた福祉的サポートや、断端（切断した箇所）のケア、幻肢痛や疼痛のケアに、医師や看護師だけでなく、義肢装具士、理学療法士、作業療法士、生活支援員、心理士等の多職種が連携してサポートにあたります。また、多肢切断（両手、両足など複数の肢体を切断）は症例が少ないため、総合リハが過去から蓄積してきたノウハウが活きる分野です。

#### 高次脳機能障害

事故や病気による脳損傷に起因する認知障害がありながら身体的な障がいがないために、本人や家族も障がいを十分に理解できていないケースや、身体障がいを併せ持つケース、自発性・主体性を失っているケース等があり、発症の時期や経過、障がいの種類や重症度、本人の性格、社会的背景などによってリハビリの方法も様々です。総合リハでは専門的な知識を持つ医師を配置し、県内4か所ある「高次脳機能障害支援拠点病院」の中核的な役割を果たしています。さらに、多職種連携を図りながら、個々の方に合わせたオーダーメイドのリハビリを実施します。

併せて、高次脳機能障害の方の社会復帰に当たっては、外来通院により、生活状況や就労状況を継続的に把握し、職場や支援機関と連携して長期的な支援を行います。

また、公共交通機関が少ない長野県では、通勤等の手段としての自動車運転の可否が社会参加の手段として極めて重要な意味を持つことから、病院部門と障害者支援施設部門が連携して安全運転能力の評価を施設部門だけでなく外来通院でも行います。

## 神経難病

筋萎縮性側索硬化症（ALS）のように徐々に身体機能が失われていく疾患に対するリハビリや、意思伝達手段の支援に対応できる医療機関は限られていることから、専門的知識を有する総合リハで対応するとともに、県立施設として他の医療機関等への技術支援などを担います。

併せて、パーキンソン病のように、ゆっくりと進行する疾患の方が可能な限り身体機能を維持できるよう、長期的な通院リハビリ訓練を提供します。

また、人工呼吸器を使用しているような重度の障がいがありながら在宅療養を続けている方の日々の介護にあたっている家族への支援として、レスパイト入院を定期的に受け入れます。

## 自宅復帰に向けた支援

総合リハではリハビリサービスの提供以外にも自宅復帰に向けた支援として、利用者が退院・退所を迎えるにあたり事前に綿密な打ち合わせをするとともに、看護師、理学療法士、作業療法士、生活支援員等の多職種でチームを組んで実際に自宅を訪問し、家屋の改修指導等を行います。

例えば車いすの方の場合、段差や廊下・居室のスペースのチェック、トイレや浴室環境などについて本人に適した改修方法のアドバイスをする他、家族に対し、ベッドから車いすへ移乗する際の介助方法等の動作介助指導を行い、退院・退所後も住み慣れた地域で安心して暮らすための支援を行います。

## 医務部

病気や事故等により障がいを負い急性期治療を終えた方で、一般的な回復期病棟では治療が難しく更なるリハビリを必要とする方について、総合リハで治療を引き継ぎ、専門的なりハビリによって機能の回復を図り、早期社会復帰を実現します。

## 医務科

### 治療方針・リハビリテーション実施計画の策定

障がいの原因となった疾患や障がいに起因する疾患を診断し治療方針を立てるとともに、その方の原疾病や生活背景を理解し評価した上でリハビリテーション実施計画を立てるなど、総合リハにおけるリハビリの基幹部分を担います。また、障がいのある方が地域・在宅で暮らし続けることをサポートするために外来診療を行います。

### 治療

脳血管障害、神経筋疾患、脊髄損傷、切断、高次脳機能障害を中心に、整形外科、リハビリテーション科、内科、脳神経内科、泌尿器科の専門医が連携して障がいに関する疾病の治療にあたります。また、入院患者や施設入所者の休日夜間の救急対応を行います。

### リハビリテーション専門医の育成

リハビリの知識を持つ脳神経内科医や整形外科医を増やすため、信州大学医学部と連携し、若手医師のローテーション病院としてリハビリテーション専攻医師の研修、育成の場を提供します。

## 産学官連携

病院、福祉施設の臨床現場である利点を活かし、民間企業や大学病院と連携し、リハビリに関する調査、研究、開発に貢献します。

(想定される具体例)

- ・再生医療の臨床、実証実験
- ・ロボットスーツの開発協力

## 医療安全・感染制御

患者の安全・安心を確保し、同時に医療従事者の安全を守るために医療安全・感染制御に組織横断的なチーム（医療・施設支援安全管理委員会、院内感染対策委員会）を結成し、取り組みます。具体的には、インシデント・アクシデント（重大な事故に発展する可能性のある出来事）の事例を収集・分析して、事例発生の原因究明と再発防止に向けた改善策を検討し、職員と共有することで新たな事件・事故の発生を防ぎます。また、院内感染対策委員会内に多職種からなる感染制御チームを組んで院内ラウンド（病棟、施設棟等の巡回点検）を行うとともに、特定抗菌薬の使用状況の確認や感染陽性者の状況確認、先進的な感染症対策の事例等について検討を行い、安全な治療環境の整備に努めます。

## 新しい治療法の研究（強化・拡充事業）

脳卒中や脳損傷などにより脳がダメージを受けても、集中的なリハビリにより脳機能の再編成が生じること（脳の可塑性）を利用したニューロリハビリテーションの手法を取り入れることで、失った機能を極力回復させ、社会復帰等に向けたリハビリの効果を更に高めるための研究を行います。

### 【機能強化の背景】

医療技術は日々進歩しており、より良いリハビリテーション医療を提供するためには最新技術を研究し積極的に取り入れていくための体制整備（医師をはじめとしたスタッフの確保等）の必要があります。

## 薬剤検査科

### 院内調剤

医師の処方に基づき、入院・外来患者、施設入所者への調剤、製剤（市販されていない医薬品の調整）を院内で行います。また、患者の状況に応じて正確に服用できるよう多剤を一包化し、服薬状況や処方内容を薬剤師が確認してからお渡しします。

### 服薬指導

薬の効果や副作用を患者に分かりやすく説明し、また患者からの疑問にお答えすることで、服薬に対する不安を解消し、薬物療法の有効性、安全性向上のためのサポートを行います。また、服薬指導中に聞き取った情報を電子カルテに記載することでスタッフと共有します。

### 院外処方せん

外来患者への薬の処方を院外処方とすることで、患者は薬局を自由に選択し、都合の良い時に薬を受け取ることができます。複数の医療機関で治療を受けている患者にとって、かかりつけ薬

局を統一することにより、重複投与や相互作用の有無が確認され、副作用を低減することができるメリットがあります。よって、院外処方を希望する患者には、院外処方せんへの切り替えを行います。

### 後発医薬品の推進

後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用に積極的に取り組み、先発品を後発医薬品、特に先発メーカーから許諾を受けた製剤オーソライズド・ジェネリック（AG）への切り替えを順次実施していきます。

医薬品の供給が滞った場合は、治療計画の見直しを行うなど、適切に対応します。医薬品の供給状況により投与する薬剤が変更になる場合は患者に十分な説明を行います。

### 臨床検査

血液や尿、便、喀痰等の人体から採取された検体について様々な検査を行い、患者の健康状態、障がいの原因となった疾患や合併症等の病態を把握します。また、薬物治療の効果判定や発熱、腹痛などが起きた際の診断や治療、対応を決定するために必要な情報を提供します。

主な臨床検査は以下のとおりです。

検査名	検査内容	目的とする主な疾患
一般検査	尿検査 尿沈渣 穿刺液検査（関節液等） 感染症抗原定性検査 便潜血検査	尿路感染症・腎臓疾患・糖尿病 関節炎・腫脹時原因検索 COVID-19・インフルエンザ・CD感染症 貧血・消化管出血
血液検査	血算（血球算定）・白血球分画 ヘモグロビンA1c検査 血液凝固検査	発熱・感染症・炎症・貧血 糖尿病 抗凝固薬治療時・深部静脈血栓症
生化学検査	肝・腎機能検査 血糖 電解質 CRP 血液ガス分圧	肝炎・腎不全 糖尿病・発熱・感染症・炎症 低酸素症
免疫検査	感染症抗原・抗体検査 甲状腺ホルモン検査 血中薬物	B型肝炎・C型肝炎・HIV等 甲状腺機能異常症・てんかん等
輸血検査	血液型 不規則抗体 交差適合	輸血
細菌検査	細菌鏡検検査 細菌同定検査 薬剤感受性検査	褥瘡・尿路感染症等
遺伝子検査	SARS-CoV2 核酸同定検査 インフルエンザ	COVID-19 感染症 インフルエンザ 院内感染対策対応

### 生理学的検査

生理学的検査とは、患者に直接接して行う検査です。障がいの原因疾患を治療しながら、安全にリハビリを継続するためには、患者の現在の病態を正しく把握する必要があります。心疾患、

慢性肺疾患、神経筋疾患のスクリーニング検査や、超音波画像による腹部、血管、甲状腺の病態検査など多種多様な検査を行います。

身体的な障がいのある患者が多いため、患者負担が少なく安全な検査ができるよう、車いすからベッドへの移動を看護師や理学療法士と共にサポートしたり、移動が困難な場合は車いす上で検査をするなど、他職種の職員と協力して患者の状態に合わせた検査を行います。

泌尿器系検査では、長野県内の数か所の病院でしか行われていない尿流動態検査（膀胱内圧測定、プレッシャーフロー検査）を実施しています。脊髄疾患や脳血管障害等を原因とする排尿障害のある患者について、蓄尿・排尿機能を詳細に調べることで、排尿障害の原因が究明でき、その後の患者の排尿管理に有益な情報を提供します。

主な生理学的検査は、以下のとおりです。

検査名	検査内容	目的とする主な疾患
循環器系等検査	心電図検査 ホルター心電図 心臓超音波検査	狭心症・心筋梗塞 不整脈 心不全・心臓弁膜症
神経生理検査	筋電図検査 神経伝導速度検査 体性感覚誘発電位検査 脳波検査	筋ジストロフィー・ALS 手根管症候群・肘部管症候群 脊髄障害・脳幹障害 てんかん・高次脳機能障害・認知症
呼吸器系検査	肺活量測定 努力性肺活量測定	慢性肺疾患・神経筋疾患・COPD
泌尿器系検査	腹部超音波検査 膀胱造影内圧検査 プレッシャーフロー検査 尿流測定検査	水腎症・結石・腎腫瘍 排尿障害精査 排尿障害精査 排尿障害・神経因性膀胱
その他生理検査	腹部超音波検査 下肢血管超音波検査 その他超音波検査	腹痛・結石・肝機能障害等 下肢静脈血栓症・浮腫 甲状腺腫瘍・ガングリオン等

## 放射線技術科

### 放射線・MRI検査

入院患者・外来患者（施設入所者、外来診療患者）に対し、それぞれの方の状態に合わせて様々な配慮を行いながら、X線撮影装置、CT装置、MRI装置等の検査を行います。障がいのある方は体の向きを変えたり、バランスをとることが困難なため、車いすに乗ったままの撮影や仰向けのまま多方向から機械を動かすことで撮影したり、補助具を使って撮影するなど、患者の負担を軽減するための様々な対策をします。また、MRI検査室は常に強力な磁場が発生しているため磁性体金属（鉄、コバルト、ニッケル等）の持ち込みは厳禁であり、車いすやストレッチャーの搬入や補装具を装着した状態での入室ができないため、磁場の影響を受けない場所で専用の寝台へ移乗していただく等、工夫して検査を実施します。

主な検査は以下のとおりです。

撮影機器	検査内容	対象疾患
X線撮影装置	X線を用いて写真を撮る検査	脊髄損傷 切断等
X線TV撮影装置	X線を使って体内をリアルタイムに観察し撮影する装置。造影剤を用いて嚥下や膀胱機能の評価にも利用	脊髄損傷等 神経因性膀胱
移動式X線撮影装置	装置を病室等に移動させ、その場でX線を用いて写真を撮影	脊髄損傷 切断等
CT装置	X線を使って体内を輪切りにした画像を撮影	脳血管障害 脊髄損傷
MR I装置	強力な磁力と電波を使って、からだの内部を画像化する装置。頭から足の先まで、脳血管、全身の骨や筋肉といった組織や内臓を撮影	脳血管障害 高次脳機能障害 脊髄損傷等
骨密度測定装置	骨粗しょう症の評価	脊髄損傷 切断等

#### MR I検査のリハビリへの応用研究 (強化・拡充事業)

脳梗塞等の早期描出を目的とし実施されるMR Iの撮像方法のひとつである拡散強調画像を利用し、拡散テンソル画像（拡散強調画像を複数回撮像することで得られる画像）を描出することによって脳神経疾患の責任病巣を突き止めるとともに、残存し機能している神経線維の走行を確認することができます。この手法は主には手術の安全性を高めるために脳神経外科の手術前などに利用される技術ですが、このMR I拡散テンソルトラクトグラフィ（神経線維の可視化）の手法を脳血管障害、高次脳機能障害の方の検査に導入し、患者の神経線維のどの部分が機能しているか、または逆に機能していない部分がどこなのかを確認することで、リハビリによってどこまで身体機能が回復する可能性があるのかを推測し、より効率的なリハビリを実施するための応用研究、それに付随する、安定した画像の描出が可能な機器への更新等の研究を進めます。

## 看護部

### 病床管理

病床管理は、患者の入退院の状況や、患者の抱える障がいや疾患をケアするためにどのくらいの労力を要するのか（看護度・介護度）を正確に把握し理解した上でベッドの管理運用を行うという、診療報酬に直結する業務であり、病院経営のためには効率的な病床管理が求められます。

一方で、県立施設として総合リハに求められている機能は、たとえ不採算であっても民間では受け入れの難しい複数の疾病や重い障がいのある患者を受け入れることにあります。障がいの現れ方や抱える疾病も個人差がある中で、看護部は一人でも多くの患者を受け入れるための病床管理を行う等、総合リハの運営目的を体現するための基幹的な役割を果たします。

特に脊髄損傷や重度の脳血管疾患患者等、FIM（機能的自立度評価表）の評価値が低い患者が入院する場合、通常の看護に加え介護ケアの割合が増えるため、新規患者の受け入れには、必

要となる看護・介護量を正確に見極め、またその他の入院患者の状態、看護師の配置状況等を考慮した上で病床をコントロールする必要があります。

また、障がいの状態が固定した施設入所者も、多くは生活習慣病を抱えていたり、脊髄損傷等により医療的なケアを必要としているため、施設専属の看護師と病棟の看護師が連携し、患者情報の共有や緊急時の応援体制をとることで、施設においても手厚い看護ケアを実施します。

#### 専門的看護技術の強化と継承（強化・拡充事業）

総合リハの看護師は、障がいのある方に特化した看護技術（褥瘡管理・排泄・断端ケア等）や県民ニーズに応えるため社会情勢に合わせて専門スキル（感染症対応）を研鑽し、かけがえのない存在として組織横断的に活躍することが求められていることから、専門的看護技術をこれからも途切れることなく継承するため後進の育成を図ります。また、現行の認定看護師（皮膚排泄ケア・感染管理）を継続的に育成するとともに、今後は高次脳機能障害・摂食嚥下・認知症看護・脳卒中看護等の専門知識を有する看護師を育成し、専門的な相談支援・医療を提供します。

## リハビリテーション療法部

### 理学療法科

#### 理学療法によるリハビリテーション

理学療法の主な目的は、残存した機能を最大限に発揮させることであり、関節可動域を広げるための運動や、筋力や持久力の維持・向上を促す運動、バランス能力を高める訓練、物理的な刺激（光・温熱・電気等）によって痛みなどを和らげる治療、随意性（自分の意思で手足を動かすこと）を向上させる訓練等を実施します。また、寝返りや起き上がり、立ち上がり、移乗動作（ベッド→車いす、車いす→トイレ等）といった基本動作訓練を実施し、作業療法士と協力して日常生活動作（ADL）の自立や生活の質（QOL）の向上を目指します。

生活の場面での訓練も重要であり、病棟のベッドサイドで看護師と協働しながら起き上がりや移乗動作の訓練も実施します。

#### 補装具費支給に係る判定・相談（身体障害者更生相談所業務）

書類判定や来所判定、県内各地区に出向く巡回相談において、補装具の処方、部品の組み合わせや請求が適切に行われているか、専門的立場から判定を行います。

対象疾患：脳血管疾患、脊椎・脊髄疾患、関節疾患、頸髄・脊髄損傷、切断、外傷性脳損傷、神経・筋疾患、神経難病、内科的疾患

主な障害：運動機能障害、感覚障害、バランス能力障害、歩行や日常生活動作能力障害、高次脳機能障害

### 作業療法科

#### 作業療法によるリハビリテーション

作業療法では主に上肢の関節可動域訓練や筋力強化訓練を行うとともに、作業を通して握ったりつまんだりする手の機能を改善させたり、失った能力の代替機能を獲得させることを目的とし

たりハビリを提供します。さらに、食事や整容（整髪、歯磨き、爪切り等）、排泄、更衣、入浴等の日常生活動作の他、掃除や洗濯、調理、買い物等のより応用的な日常生活動作訓練を実施します。

高次脳機能障害の方に対しては、机上での課題や作業活動を通して本人の気づきを促すとともに、対処法を一緒に考えていきます。自動車運転の再開の必要があれば、簡易自動車運転シミュレーターなどにより神経心理学的評価を実施します。その他にも、スケジュールや体調管理など、就労移行や社会復帰に向けた訓練を実施します。

#### 自助具・スプリント製作

食事、整容（整髪、歯磨き、爪切り等）、更衣、入浴、排泄等の日常生活動作を助けるための自助具や装具を紹介・斡旋します。その際、個々の障がいに合わせて市販の福祉用具を改良したり、一般的なリハビリテーション病院では難しい、オーダーメイドによる自助具・スプリントを製作します。また、作業療法士は福祉機器やコミュニケーション機器に関する造詣も深いため、自宅復帰に向け福祉機器の導入や使用訓練にも対応します。

重度の四肢麻痺患者が自宅で自立した生活が送れるよう、スマート家電（音声で照明の入切やカーテンの開閉、室内温度の管理などを行う）を利用した最新のリハビリを実施します。

対象疾患：脳血管疾患、脊椎疾患、脊髄疾患、関節疾患、脊髄損傷、切断、外傷性脳損傷、神経・筋疾患

主な障害：運動機能障害、感覚障害、日常生活動作能力障害、膀胱・直腸障害、高次脳機能障害、コミュニケーション障害

## 言語聴覚療法科

#### 言語聴覚療法によるリハビリテーション

一般的な回復期リハビリテーション病院では、原疾患の治療や高齢者への摂食・嚥下訓練が中心であり、失語症などのコミュニケーション障害や、長期的な言語聴覚療法への対応が十分とは言えないのが現状です。総合リハでは、成人・青年・小児それぞれのライフステージに応じた専門的な言語聴覚療法を継続的に実施し、日常生活での課題解決や社会復帰に繋がります。

#### 小児患者への言語聴覚療法（強化・拡充事業）

総合リハではこれまで、小児期の構音障害（口蓋裂、機能性構音障害等）や発達障害のある障がい児に対し、コミュニケーション能力の向上を目的としたリハビリを行ってきました。

今後は、県立こども病院や信州大学医学部附属病院など、県内の医療・支援機関との連携をさらに強化し、特に就学児に対するコミュニケーション障害の治療や、学校と連携した学習支援、家族などとの関わりを通じ、ライフステージに応じた一貫性のある継続的な支援に取り組めます。

令和12年度までに医療・支援機関との連携強化やスタッフ研修などのソフト面の整備を進めるとともに、小児専用のリハビリ室などハード面の整備の必要性についても検討します。

#### 【機能強化の背景】

小児神経発達障害（自閉スペクトラム症）に関する診断精度の向上により、早期発見と療育が可能となった一方で、小児期のコミュニケーション障害に対応できるリハビリスタッフや医療機

関は不足しており、就学や進級のタイミングで医療の相談先を失うケースが見られます。

将来の社会生活に支障をきたす可能性があるため、小児期からのコミュニケーション訓練が重要であり、特に就学後は、年齢や発達段階に応じた介入と長期的な医療支援が必要なことから、医療機関・教育機関及び支援機関などが連携し、学童期以降も継続して治療を受けられる体制の整備が求められています。

対象疾患：脳血管疾患、頭部外傷、神経変性疾患、先天性疾患、精神発達遅滞、神経発達障害

主な障害：失語症、ディサースリア（運動障害性構音障害）、高次脳機能障害、認知症、聴覚障害、摂食・嚥下機能障害、言語発達障害、コミュニケーション障害、小児期構音障害（口蓋裂、機能性構音障害等）、吃音、発声障害（がん摘出手術後など）

## 義肢装具科（補装具製作施設部門）

### 補装具製作・修理

義足の装着訓練は、ソケットがうまく適合していない場合や装着方法に不慣れな状態では断端痛や違和感、転倒に対する恐怖から異常歩行が定着してしまう原因となるため、良好な義足ができるまで何度でも調整を繰り返す必要があります。総合リハには義肢装具士が常駐していることからきめ細かな対応が可能であり、義足による歩行能力を最大限に引き出し、早期社会復帰に向けた訓練を行います。

また、民間の補装具製作所では引き受け難い多肢切断や糖尿病等の合併症のある方の義肢装具を、医師や理学療法士等の管理の下で製作・調整します。

### 補装具費支給に係る判定・相談（身体障害者更生相談所業務）

これまで病院・施設で様々な症例や障がいに向き合ってきた経験と知識から、補装具の必要性や部品の組み合わせ方について迅速かつ的確な判断を下すことができます。書類判定や来所判定、県内各地区に出向く巡回相談において、補装具が適切な価格で適切に作られているか専門的な判定を行います。

また、補装具判定業務に携わることで、さらに多くの補装具の知識や経験を積み、総合リハの臨床業務に活かします。

### 外来診療による補装具相談機能

補装具利用者が補装具の不具合や身体状況の変化（原疾患の悪化）に関する相談を気軽に行えるよう、令和6年4月から外来診療（整形外科）に「義肢装具外来」を設けました。総合リハの利用者以外の補装具利用者に対しても、医師、理学療法士、身体障害者福祉司と協力して適切な対応を行います。

対象疾患：脳性麻痺、脊椎疾患、関節疾患、脊髄損傷、切断、外傷（骨折や靭帯損傷など）、外傷性脳損傷、神経・筋疾患、脳血管疾患、血管疾患（閉塞性動脈硬化症など）、先天性欠損、末梢神経麻痺

主な障害：脳血管障害 上肢・下肢・体幹機能障害

## 支援部（障害者支援施設部門）

身体障害者手帳や高次脳機能障害のため精神障害者保健福祉手帳をお持ちの方、高次脳機能障害と診断された方（要診断書）を対象とし、施設入所支援に加え、日中活動の場として自立訓練（機能訓練・生活訓練）・生活介護や短期入所（ショートステイ）を実施します。

### 生活支援

重度の中途障がいの方に対して、入所による生活訓練（食事、入浴、排泄等）を通じて生活能力の向上に努めるとともに、在宅生活への調整、社会復帰等に向けて福祉制度の活用支援を行います。施設機能として、生活支援・職業訓練・機能訓練・高次脳機能障害者支援・健康管理部門を有し、多職種連携による支援を行います。

リハビリテーション専門病院が併設されていることにより、民間の福祉施設では対応が困難な合併症を抱え医療的なケアが必要な方や自発的な行動が困難な重度高次脳機能障害の方等についても受入れを行います。

### 視覚訓練

視覚障がいの方が社会に適応していくために必要な知識・技能を身につけるための実践的な訓練（歩行・日常生活技術・コミュニケーション等）を行います。施設内での訓練に留まらず、実際の生活の場を訪問しての歩行訓練も実施します。

### 職業訓練

パソコン技能の訓練を行う電算事務科及び経理事務科、軽作業等を行う能力開発科及び高次脳機能障害者支援部門において、就労・復職に向けて必要となる職業スキルを身につけるための就労支援や自立した社会生活を目的とした訓練を行います。また、障害者職業センターや障害者就業・生活支援センター等と連携し、一般就労や福祉的就労に向けた支援を行います。

### 自動車運転訓練

敷地内の約 8,000 m<sup>2</sup>を超える専用の自動車運転訓練場と、障がいの状況に応じた改造（例：下肢障害の方に向けた手動運転装置や右下肢麻痺の方に向けた左下肢アクセル・ブレーキ装置、両下肢が床に着かない方のための補助足台の設置等）を施した教習車を活用し、障がい特性と運転訓練に熟知し、道路交通法に基づく教習指導員資格を有した職員が、免許を既にお持ちの方に対しての運転訓練だけでなく、国内でも数少ない、障がいのある方の免許の新規取得及び更新の支援にも対応します。さらに、片麻痺や切断、脊髄損傷の方への運転訓練だけではなく、高次脳機能障害の方に対する運転評価及び運転訓練も実施します。

### 機能訓練

理学療法・作業療法による個別及びグループ活動の訓練の他、隣接する長野県障がい者福祉センター・サンアップルを活用したレクリエーション・スポーツなどの集団訓練などがあり、他者との交流を持つ中で社会性を身につけ、スポーツを通じた体力づくりなどを実施します。

### 健康管理

医師・看護師による定期的な診察、健康相談を実施するとともに、昼夜を問わず急な体調不良の方への対応や、内服薬の管理、各種ワクチン接種等を行います。

## 社会生活の自立度評価指標（S I M）による評価の導入（強化・拡充事業）

自立訓練（機能訓練・生活訓練）の成果を客観的に評価するために国が推奨する社会生活の自立度を測る評価指標（S I M）を導入し、利用者の退所後の社会生活力の向上を支援します。

### 【機能強化の背景】

自立訓練（機能訓練・生活訓練）サービスでは、利用者の身体・認知機能や生活能力の向上に加え、安定した地域生活の実現や社会参加を目指した支援を行っています。こうした支援の成果を客観的に示す評価手法として、厚生労働省の研究事業によりS I M（Social Independence Measure）が開発されました。

S I Mは、①健康管理や金銭管理など、社会生活を維持するための項目（7項目）、②公共交通機関の利用又は自動車運転や日中活動など社会参加に関する項目（5項目）、③共通項目（制度・サービス活用の1項目）の3つの領域の評価を通じて、利用者の社会生活力の向上を定量的に把握するとともに、自立訓練事業所におけるアウトカム評価にも活用されています。

## 就労選択支援サービス（強化・拡充事業）

総合リハではこれまでも利用者の希望・能力・障がいの状況等に応じて、適切な障害福祉サービスにつなげられるよう支援してきましたが、新たに創設された「就労選択支援」の事業者指定を受けられるよう、指定要件である就労移行支援サービスによる新規就労実績の積み上げ等に取り組めます。

### 【機能強化の背景】

障がいのある方の就労支援を担う障害福祉サービスには、就労移行支援や就労継続支援A型・B型などがありますが、利用申請時にサービスを選ぶ必要があり、その際、本人の希望や能力の客観的な評価や必要な配慮に関する情報が不十分な場合、定着につながりにくいという課題がありました。これを踏まえ、令和7年10月に新たな障害福祉サービスとして「就労選択支援」が創設されました。

## 共生型自立訓練（機能訓練）の普及拡大（強化・拡充事業）

中途障がいの方の支援ニーズに対応するため、県と連携して、障害福祉サービス事業者だけでなく、回復期リハビリテーション病棟を有する病院や介護保険事業者への共生型サービス\*の理解促進に努め、自立訓練（機能訓練）の全県的な拡大に取り組めます。

### 【機能強化の背景】

現状では地域に機能訓練事業所が少ないため、中途障がいの方が代替として介護保険サービスを利用するケースが見られることから、総合リハが有する障がいのある方特有のリハビリに関する知見を活かし、地域の医療・介護保険事業者と連携して自立訓練（機能訓練）の拡大に努める必要があります。

※共生型サービス：介護保険の事業所が、新たな体制整備を行うことなく一定の障害福祉サービスを提供できる制度。機能訓練サービスは、医療保険のリハビリテーションを行う病院や介護保険の通所リハビリテーション事業所が、機能訓練を実施する事業所から技術的支援を受けることを要件に共生型で実施が可能。

### 総務課

#### 施設運営と経営の安定化

総合リハの経営状況を把握するとともに適切に施設・設備の管理を行います。

また、診療報酬については請求事務を専門業者に委託し、障害福祉サービス報酬については国が示す報酬に係る告示やQ&A等を熟知し、適正な請求に努めます。

#### 専門的人材の確保

総合リハの高度な専門性を維持するため、多職種の専門的人材によるリハビリの実施体制を維持するとともに、職員の知識や技術、培われたノウハウを適切に継承することができるよう、必要職種の確保及び職員の適切な配置に努めます。

#### 災害への備え

大規模地震を想定した訓練以外にも、夜間想定訓練など、職員の少ない状態での被災シミュレーションや、令和元年東日本台風による浸水災害を教訓に、浸水災害を想定した訓練を実施し、問題点の把握に努めます。また、災害に強い施設づくりのため災害時を想定したライフライン（自家発電、非常時電源等）及び備蓄食品の確保、避難計画の定期的な見直し等に取り組みます。

### 栄養課

#### 入院・入所生活の栄養サポート

入院・入所時に健康状態、体格、基礎疾患、栄養状態を把握した上で栄養管理計画を作成し、個人に合ったエネルギーや栄養素、固さや大きさの食事を提供します。

長期の入院・入所が多いことから、リハビリ意欲増進のため、治療食や一般食の中に季節に合わせた食材を使用したり、イベント食を取り入れて提供します。

#### 障がい特性への配慮

高次脳機能障害の固執（こだわりが強くなる障がい）に対する個別対応食や、嚥下が困難な方への形態食、脊髄損傷患者への形態及び盛りつけの工夫等、それぞれの障がい特性に合わせた対応を行い、給食や栄養食事指導を通じて、食生活を自己管理できるよう支援します。

#### 安全・安心な給食づくり

厚生労働省の策定する「大量調理施設衛生管理マニュアル」（平成9年3月24日付け衛食第85号別添）に従い、徹底した衛生管理下で栄養のある食事を提供します。

### 地域連携課

#### 入退院・入退所の調整

医療機関、福祉施設、市町村などと連携し、総合リハ利用希望者の入退院・入退所の調整を行います。特に退院・退所は地域生活への移行に向けた最終調整の場であり、一人ひとりが適切な

医療・福祉サービスを切れ目なく受けられるよう、地域や社会資源との連携窓口として重要な役割を担います。

中途障がいにより生活や復職・復学の再設計を行う際には様々な困難が伴うことから、社会保障制度の紹介や申請手続きの説明、手続きが困難な方への同行支援、学校や職場との調整などを専従の看護師と社会福祉士が行い、地域との連携を強化しながら生活の再設計を支援します。

#### 総合リハの総合窓口

総合リハの利用希望者からの直接相談や、行政機関・医療機関からの相談や見学希望等を受け付ける窓口となります。療養中の患者や家族が抱える心理的・社会的問題の解決支援、医療費・生活費などの経済的問題への対応、義肢・義足に関する制度説明や手続き支援など、幅広い相談に対応します。

#### 障がい者相談支援（相談支援専門員）

指定特定相談支援事業所として、専門研修を受けた相談支援専門員が障害者支援施設利用者の相談業務、サービス等利用計画書の作成、モニタリングを行います。

中途障がいの方の生活移行や、先天的な身体障がいの方の社会生活拡大に向け、障害福祉制度やサービスの情報提供を行うほか、家庭や職場の訪問、グループホームや障害福祉サービス事業所等の見学同行・連絡調整などを実施し、生活場所や日中の過ごし方など、利用者のニーズに応じた環境調整やサービスの利用を支援します。

#### 県内医療機関との連携（強化・拡充事業）

全ての障がいのある方が社会復帰等に必要な支援を受けられる仕組みづくりを目指し、急性期や回復期病棟を有する県内医療機関と、専門的リハビリを必要とする患者や病床利用の情報を早期に共有し、受け入れの促進を図ります。情報の共有にはICTを活用し、安全で正確・迅速な病院間連携の実現を目指します。

### 更生相談室（身体障害者更生相談所）

#### 身体障害者更生相談所業務

市町村からの依頼に基づき、補装具費支給の要否に関する判定、自立支援医療（更生医療）の要否に関する判定、その他の医学的、心理学的及び職能判定等を行うとともに、市町村に対する専門的な技術支援及び助言、情報提供などを行います。

#### 身体障がい等に関する相談業務

来所や電話により、支援が必要な身体障がいの方や、高次脳機能障害の方、その家族等からの福祉制度の利用や心理的な相談に応じます。地域連携課と協力し、行政機関としての専門的な視点から相談業務を行います。

#### 身体障がい者福祉行政業務

身体障がいの方からの申請により身体障害者手帳を交付するほか、身体障がい者福祉に関する医師や医療機関の指定等を行います。

## 高次脳機能障害支援拠点機能

### 高次脳機能障害支援拠点病院の連携促進

長野県は、県内4か所の医療機関を「高次脳機能障害支援拠点病院<sup>\*</sup>」に指定しており、その中で総合リハは、北信地域の拠点病院としての機能を果たすとともに、各拠点病院をつなぐ中心的機能を果たします。

#### ※高次脳機能障害支援拠点病院

- ・ 北信 長野県立総合リハビリテーションセンター（長野市）
- ・ 東信 佐久総合病院（佐久市）
- ・ 中信 桔梗ヶ原病院（塩尻市）
- ・ 南信 健和会病院（飯田市）

### 高次脳機能障害支援体制の強化（強化・拡充事業）

令和7年度から総合リハに配置した専任の「高次脳機能障害支援コーディネーター」が中心となって、東北信地域からモデル的に地域における支援体制の構築を進めるほか、障がい特性の理解促進や支援者の養成を行うなど、高次脳機能障害の方に対する総合的な支援体制の強化を図ります。

また、令和8年4月1日施行の「高次脳機能障害者支援法」に基づく「高次脳機能障害者支援センター」の指定を受け、専門的な相談支援（アウトリーチ、支援者支援を含む）や、医療・保健・福祉・教育・就労支援等の関係機関に対する研修の実施、連絡調整や情報提供、技術的助言などに取り組みます。

## 住民理解のための取組

総合リハが持つ4つの機能（病院、障害者支援施設、補装具製作施設、身体障害者更生相談所）と併せて、災害時に要配慮者利用施設となることも含めた担うべき役割について、広報紙やホームページなどを通じて広く発信していきます。

さらに、県政出前講座として「高次脳機能障害の方の理解と支援」、「身体障がいのある方の皮膚ケア」、「在宅神経難病の方のコミュニケーション機器の利用」、「障害者支援施設における感染症対策」等、様々なメニューを設け、希望により職員が出向いて県民の皆様へ直接説明することにより、リハビリテーション等の内容に限らず、総合リハの事業全般についての理解が深まるよう取り組みます。

## 第4章 運営の安定化に向けた取組

### 医師・看護師等の専門職員の確保と育成

総合リハの一番の強みは、多職種の専門的人材を配置し、個々の患者・利用者の障がいや生活環境に合わせたマンツーマンのリハビリを提供できることにあります。

専門的人材を育成するためには専門的な研修と相当の臨床経験が必要となりますが、1年以上にわたる研修期間を要する場合もあり、その間も安定的に業務を継続するため、人員体制等の課題をクリアし、計画的な人材育成に取り組む必要があります。

#### 若手医師

将来、医師として長野県内の公立・公的病院等に従事する意欲のある医学生への支援策として「長野県医学生修学資金貸与制度」があり、その利用者が専攻医（初期研修を終え、専門研修プログラムを受けている医師）として令和3年度から2年間、総合リハに勤務しました。また、令和5年度からは新たに2名の専攻医が勤務しています。

医師の育成過程においては、特に若手時代（医師免許取得後10年程度）に総合病院等で多くの領域の症例を経験した上で専門領域を選択していくものであり、その過程を総合リハで経験していただくことで、総合リハの業務や障がいのある方へのリハビリに関心を持つ医師を増やします。また、リハビリ分野に進まなかったとしても、リハビリを理解した上での治療を行うことが、より良い医療の提供につながると考えられます。こうした観点から今後も引き続き専攻医の受入れを継続していきます。

#### 認定看護師

障がい特性から生じる疾病（尿路感染症、褥瘡等）を抱える方に安心してリハビリを実施していただくためには、専門性の高い看護ケアを安定して提供できる体制が必要です。認定看護師は特定の看護分野においてエキスパートとして認定された高い技術を持つ看護師であり、他の看護師にスキルの伝授や知識の共有を行うことで看護チーム全体の技術力の底上げを図ることができます。県民のニーズに応えるため、安定的に認定看護師を配置できる体制を構築するとともに、多様な疾病に対応するため認定を受ける専門分野の拡大も検討していきます。

#### 福祉施設職員

サービス管理責任者（施設基準上必須）や相談支援専門員については、資格取得の要件として相当の実務経験（通算3～10年以上）が求められるため、職員の人事異動を加味した資格取得計画が必要です。また、視覚障害生活訓練等指導者（歩行・日常生活動作）については研修期間が1年間の長期にわたり、その間の業務を他の職員で分担しなくてはならないため、研修を見越した人員配置を検討します。

#### 心理士

現状、更生相談室の心理士が病院・施設の心理判定検査・相談業務を行っていますが、病院・施設共に精神的なケアを必要とする障がいのある方の数は増加傾向にあるため、病院・施設の心理判定検査・相談業務を行う専任の心理士の配置を検討する必要があります。

## 更生相談の判定のための専門職

身体障害者更生相談所における補装具費支給及び更生医療の医学的判定・相談のための判定に係る法制度や判定基準等の知識を持つ医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、義肢装具士、看護師等については、民間医療機関での養成は困難なことから、総合リハにおいて養成していきます。

## 医師の働き方改革への対応

令和6年4月から医師の働き方の新制度が施行され、適切な労務管理の推進とタスクシフト/タスクシェアの推進、時間外労働の上限規制と健康確保措置が適用されています。

総合リハの医師は医療機能の性質上、救急対応を行っていませんが、通常の診療業務に加えて、公立病院に勤務する公務員として、衛生行政業務や障害福祉行政業務に携わっています。

平成29年度厚生労働省・文部科学省委託「過労死等に関する実態把握のための労働・社会面の調査研究事業報告書（医療に関する調査）」では、勤務時間が長くなるほど、医療事故やヒヤリ・ハットを経験した割合が高いことが指摘されています。長時間労働がパフォーマンスの低下やバーンアウト（燃え尽き）のリスクと関連することなども指摘されていることから、安定した医療サービスを提供するためにも、医師の勤務状況について適切に把握し、管理するとともに、認定看護師の配置によるタスクシフトやコメディカルとのタスクシェアによって医師の負担軽減を図ります。

## 新興感染症の感染拡大時等に備えた平時からの取組

令和2年4月以降、総合リハは公立病院の使命として、新型コロナウイルス感染症患者の受入れやワクチン接種等に積極的に取り組みました。

令和5年5月に新型コロナウイルス感染症は感染症法上の位置づけが5類感染症へ移行しましたが、総合リハは令和6年8月に知事と「新型インフルエンザ等感染症、指定感染症又は新感染症に係る医療を提供する体制の確保に必要な措置に関する協定」（いわゆる「医療措置協定」）を締結し、今後、新型インフルエンザ等の感染症等が発生した場合、知事の要請に基づき、病床の確保、かかりつけ患者に対する発熱外来の実施、感染症から回復した患者の受入れ等を行うこととしています。

また、感染が拡大した場合に公立病院として感染患者を受け入れつつ、総合リハの本来の使命である専門的リハビリを必要とする方のための医療を提供し続けるために、通常医療の縮小を最小限に抑える方法を検討するほか、平時からの取組として以下の観点で対策を行います。

- 感染拡大時に活用しやすい病床や転用しやすいスペースの整備
- 感染拡大時を想定した専門人材（感染管理認定看護師（ICN））の確保
- 感染防護具等の備蓄
- 院内感染対策の徹底、クラスター発生時の対応方針の共有等

## 施設・設備の適正管理

総合リハは11棟の建物からなる複合施設であり、そのうち昭和48年度建築の4棟（管理医療棟、理学療法棟、第2理学療法棟、中央棟）及び昭和49年度建築の機械棟は、いずれも築50年以上が経過しています。

また、病棟を含む8棟の建物はすでに法定耐用年数を超過しているなど施設全体の老朽化が進行しており、これまで、水回りやエレベーターなど必要な箇所については、適時・適切に改修や修繕を行ってきました。

令和元年の東日本台風による千曲川の氾濫では、総合リハの1階部分が床上浸水し、受変電設備、ボイラー、冷暖房などの機械設備に加え、CTやMRIなど多数の医療機器が故障しました。このため、令和2年3月末までに機械設備の修繕及び医療機器等の更新を行いました。なお、CT及びMRIについては、地域の診療所と共同利用するなど、有効活用を図っています。

現在、次章で述べるように、総合リハの移転新築計画を進めていることから、建替えまでの期間は、必要最小限の維持修繕を行いながら、施設・設備の適切な管理に努めていきます。

## デジタル化への対応

総合リハでは、平成21年6月にオーダーリングシステムを、平成30年12月に電子カルテシステムを導入しており、情報資産の管理を紙からデジタルへ移行したことによって、患者情報の共有・管理が容易になりました。

また、医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師など、異なる役割を担う専門家がリアルタイムで情報を共有し連携して業務を行うことで、総合的な医療ケアの提供が可能となり、業務の効率化とともに患者ケアの向上が図られました。

令和4年3月からはマイナンバーカードを活用した健康保険証のオンライン資格確認の運用を開始する等、社会情勢の変化に合わせたデジタル化に対応しています。

今後も、利用者や職員にとってより効率的で快適な情報資産の管理・運営を行うために、情報技術の進歩や利用者のニーズの変化に合わせて継続的な改善を図るとともに、管理する情報資産の安全性を確保するため、システムの保守・更新や職員を対象とした情報セキュリティ研修の実施等のセキュリティ対策を講じていきます。

## 経営の効率化と経営形態の見直し

総合リハの経営の効率化について、平成27年度末に「総合リハビリテーションセンターの今後のあり方検討会」から「運営状況や県の財政支出が県民にわかりやすい経理の元で効率的な運営を目指す」との検討結果が示され、県は一般会計から区分する準備を進めました。

令和5年度から、県による設置が法律上義務付けられている身体障害者更生相談所を除き、地方公営企業法の財務規定等を適用して、経営状況の把握と中長期的な資産管理を通じた安定的な事業運営に努めています。公営企業会計の元で効率的な経営に努めるとともに、引き続き最適な経営形態について検討していきます。

## 一般会計負担の考え方

地方公営企業法により、地方公営企業の性質上、能率的な経営を行ってもなお、その収入だけでは賄えない経費等については一般会計の負担が認められており、リハビリテーション医療に要する経費も、総務副大臣通知において一般会計からの繰出基準の一つに規定されています。

総合リハは、中途障がいの方に対して、時間をかけた治療や訓練を通じて社会復帰を支える役割を担っていますが、入院期間が長期化すると診療報酬が下がる仕組みであることなどから、経営的には不採算となる面があります。

総合リハの事業運営にあたっては、経済性をおろそかにすることなく、他の医療機関等との連携を強化して障がいのある方特有のリハビリを必要とする方を確実に受け入れることにより、収入の増加を図るとともに、経費の節減など支出の適正化を図りながら、毎年度精査の上、真に必要な金額を一般会計が負担することとします。

## 経営指標に係る数値目標

総合リハは、県の障がい者医療・福祉施策の重要な役割を果たしており、診療報酬制度において不採算となる面がある中でも安定した運営を続けることが必要です。このため、経営の安定化に資する経営指標として、次の数値目標を設定し、資金収支の均衡を考慮した運営を行います。

指 標	各年度目標	算 定 式
経常収支比率（％）※ <sup>1</sup>	97.6％（R6年度実績）以上	経常収益÷経常費用×100
単年度資金収支（円）※ <sup>2</sup>	±0円以上	単年度資金収入－単年度資金支出

※1 経常的な収入（運営事業収益や繰入金など）に対して、経常的な支出（人件費、物件費、減価償却費など）がどの程度を占めているかを表す指標。減価償却費など、現金の支出を伴わない費用を含むため、併せて現金収支に関する指標も見ること、より正確な経営判断が可能となります。

※2 企業の資金繰りの健全性を把握するために用いる指標。減価償却費などの現金支出のない費用を含まないなど、現金主義に基づいた資金の流れを捉えるもので、企業の実際の資金の過不足を明らかにします。したがって、損益が赤字でも資金収支は黒字というケースがあります。

## 目標達成に向けた取組

経営指標に係る数値目標の達成に向けては、第3章に掲げた取組を「収入の確保」と「経費の削減・適正化」の視点により着実に実施し、その実現を図ります。

特に収入確保の点で、障がいのある方特有のリハビリを必要とする方が確実に利用に結びつくよう、他の医療機関や福祉関係者等との連携を深め、積極的な広報により利用者の増加を図ります。

また、これらの医療機能や経営指標に係る目標管理は、総合リハの「プラン推進委員会」において進捗管理を行います。

【経営強化プラン対象期間中の年度別収支計画】（移転新築に係る整備費を除く）

1 収益的収支（税抜き）

（単位：百万円）

区分		年度	R 5年度 (実績)	R 6年度 (実績)	R 7年度 (見込)	R 8年度	R 9年度	R10年度	R11年度	R12年度
収入	1 運営事業収益		754	575	569	634	666	693	721	748
	(1) 施設収益		75	98	102	120	125	131	137	142
	(2) 医業収益		456	463	453	499	520	541	562	584
	(3) 補装具収益		20	13	12	14	20	21	21	22
	(4) その他収益		204	1	1	1	1	1	1	1
	2 運営事業外収益		1,144	1,174	1,168	1,151	1,164	1,185	1,207	1,227
	(1) 他会計負担金		1,087	1,119	1,115	1,134	1,154	1,174	1,194	1,214
	(2) 長期前受金戻入		56	54	52	16	9	10	12	12
	(3) その他		1	1	1	1	1	1	1	1
	経常収益 (A)		1,899	1,750	1,737	1,785	1,830	1,879	1,928	1,975
支出	1 運営事業費用		1,701	1,748	1,822	1,804	1,787	1,823	1,860	1,894
	(1) 給与費		1,087	1,159	1,215	1,244	1,264	1,284	1,304	1,324
	(2) 材料費		125	119	126	131	126	132	139	146
	(3) 経費		325	321	341	343	320	328	336	345
	(4) 減価償却費		160	144	134	82	73	74	76	76
	(5) その他		4	4	5	4	4	4	4	4
	2 運営事業外費用		46	44	47	47	45	46	48	49
	(1) 雑損失		46	44	47	47	45	46	48	49
	経常費用 (B)		1,747	1,792	1,869	1,851	1,832	1,869	1,907	1,943
	経常損益 (A)-(B)		152	△ 42	△ 132	△ 66	△ 2	9	21	32
特別損益	1 特別利益		0	1	0	0	0	0	0	0
	2 特別損失		87	6	3	0	0	0	0	0
	特別損益		△ 87	△ 5	△ 3	0	0	0	0	0
純損益		65	△ 47	△ 135	△ 66	△ 2	9	21	32	
利益剰余 (欠損) 金		65	17	△ 118	△ 184	△ 186	△ 176	△ 156	△ 124	
固定資産		2,092	1,969	1,853	1,779	1,717	1,655	1,592	1,529	
流動資産		374	431	388	388	451	525	610	706	
固定負債		0	0	0	0	0	0	0	0	
流動負債		151	165	174	174	174	174	174	174	
単年度資金収支額		55	262	△ 43	0	63	74	85	96	
流動比率		247.5%	261.3%	223.0%	223.0%	259.3%	301.9%	350.9%	406.2%	
経常収支比率		108.7%	97.6%	93.0%	96.4%	99.9%	100.5%	101.1%	101.6%	

（注）他会計負担金をR8と同額を基準として、給与費の増分のみ上乘せすると仮定して推計

2 資本的収支（税込）

（単位：百万円）

区分		年度	R 5年度 (決算)	R 6年度 (決算)	R 7年度 (見込)	R 8年度	R 9年度	R10年度	R11年度	R12年度
収入	1 負担金		12	20	50	9	13	14	14	15
	2 補助金		0	3	0	0	0	0	0	0
	資本的収入計 (A)		12	23	50	9	13	14	14	15
支出	1 建設改良費		6	2	31	0	0	0	0	0
	2 固定資産購入費		6	21	19	9	13	14	14	15
	資本的支出計 (B)		12	23	50	9	13	14	14	15
収支差額 (A)-(B)		0	0	0	0	0	0	0	0	0

## 第5章 長野県立総合リハビリテーションセンター施設整備方針

### 施設整備に関する基本的な考え方

総合リハは、病院と障害者支援施設等を一体的に運用することにより、多職種のスタッフが連携し、医療から自立訓練・就労支援等まで一貫したリハビリサービスを提供することで、障がいのある方の社会復帰を支えていることが最大の特長です。

総合リハの果たすべき役割や運営の方向性等の検討を行った「総合リハビリテーションセンターの今後のあり方検討会※」からは、利用者の意見を踏まえ、次のように提言されています。

- ・総合リハは、リハビリテーション医療から入所施設による訓練までを一体的に提供する県内オンリーワンの施設として、リハビリが必要でありながら支援が行き届いていない方々に対し、谷間をつくらずに支援する役割を積極的に果たすこと。
- ・複合施設としての機能を活かし、障がいのある方が退所後も安心して生活できるよう、在宅での暮らし方に関する相談や、地域の支援機関との調整などをワンストップで総合的に行うこと。
- ・複合施設としていかに運営していくかに留意し、利用者の利便性と施設運営の経済性の両面に十分配慮して進めること。

こうした提言を踏まえ、県内唯一の施設として役割を果たすために、総合リハは、病院・障害者支援施設・補装具製作施設等を一体的に運用する複合施設として整備することを基本とします。

#### ※「総合リハビリテーションセンターの今後のあり方検討会」

総合リハの利用者、福祉・医療関係者、学識経験者、県健康福祉部の各部門から選出された10人で組織。座長は加藤博之信州大学医学部整形外科教授（当時）。平成26年8月から平成28年3月までに5回開催され、平成28年3月18日、知事に検討結果の報告書を提出。

### 施設整備に当たり考慮すべき課題への対応

#### 地域医療構想と医療提供体制の「グランドデザイン」を踏まえた総合リハが担うべき役割の明確化

将来的な医療人材の不足や人口減少に伴う患者数の減少等を見据え、病院間の役割分担と連携により、限られた医療資源を有効活用しながら医療提供体制の持続を目指す取組が、全国的には地域医療構想として、またこれと並行して、長野県独自の医療提供体制の「グランドデザイン」として進められています。

これまで総合リハは、関節や脊椎の疾患に関する整形外科手術と、長期のリハビリを必要とする患者に対するリハビリテーションの2つの医療機能を果たしてきました。このうち整形外科手術は他の病院でも実施しており、この機能を代替できる病院は長野医療圏内に一定数あります。

一方、リハビリテーション機能は、治療期間が長期に及び、受入先が限られる患者を対象としているため、全県を見ても他の病院での代替は難しい機能です。

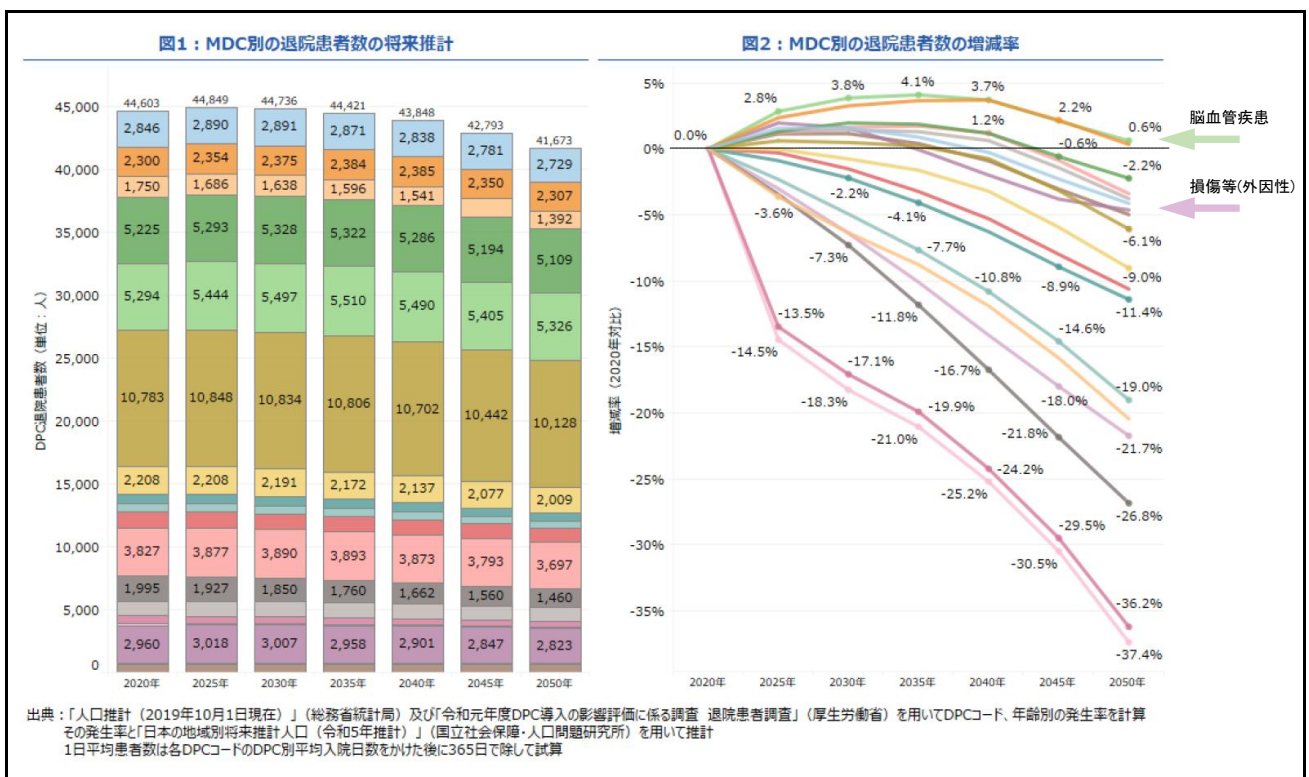
医療提供体制の「グランドデザイン」として公立病院に求められている役割は、不採算医療や専門的な医療等への重点化であることから、今後とも総合リハが果たすべき役割は、長期にわたるリハビリサービスの提供であると言えます。

## 人口減少と将来ニーズを見据えた施設規模の検討

総合リハが所在する長野医療圏における疾患別患者推計（図を参照）によると、総合リハの主な対象疾患である脳血管疾患の患者数は令和2年(2020年)に比べて令和32年(2050年)は同程度、外因性の損傷等による患者数は5%程度減少すると見込まれており、その後も人口の減少に応じて患者数は減少していくことが推測されます。

一方で、令和5年度版厚生労働白書によると、令和22年(2040年)における40代～60代の単身世帯の割合は増加することが予測されており、家族からの支援を受けられない場合など、社会的な要因により長期的・継続的なりハビリ支援が必要なケースは増加するものと見込まれます。

こうした推計や、他病院との役割分担の進展、県内で入所型の機能訓練施設は総合リハだけである点などを考慮し、新しい施設の整備に合わせて病床数・入所定員数の適正化を図ります。



出典：令和6年度第2回長野医療圏地域医療構想調整会議資料を編集

## 利用者の安全安心な居住環境の確保

現在の総合リハは、11棟ある建物のうち昭和48年度建築の4棟（管理医療棟、理学療法棟、第2理学療法棟、中央棟）を始め、法定耐用年数を超過した建物が8棟を占めるなど、老朽化が進んでいるほか、昭和56年以前（旧耐震基準）の建物が多い状況です。

また、想定最大規模降雨時に5～10mの浸水深が想定される区域内に立地しており、令和元年東日本台風による千曲川氾濫では、1階部分が床上まで浸水したため、受変電設備、ボイラー、冷暖房などの施設運営上重要な機械設備のほか、CTやMRIなど多数の医療機器が故障し、入院再開まで約半年を要したなど、事業継続性に大きな影響がありました。

現在地で建替えを行う場合、建物の嵩上げなどの浸水対策や軟弱地盤への対応（現施設建設時の地盤調査によると50m級の杭打ち工事が必要）などに多額の費用が見込まれることもあり、総合リハ

ハの公共施設としての事業継続性を重視するとともに、患者・入所者の住環境としての安全性を確保する観点から、他の場所への移転を含めた検討を行いました。

### 利便性に配慮した施設・新興感染症発生時への対応

総合リハの現施設は、これまで順次増築してきたことから、医療、検査、リハビリ等の機能が複数の建物に分散し動線が非常に長くなっています。移動に時間を要し、利用者・職員の負担が大きいか、空調、医療配管、非常用電源等の一体的管理や効率的な運用ができないなどの課題があります。

また、令和2年から5年にかけて、県立病院の責務として新型コロナウイルス感染症患者の受け入れを行いました。2階の整形外科病棟全体を転用して対応したため、整形外科手術が必要な患者の受け入れができない状態となりました。この経験を踏まえ、新しく整備する施設では、効率的な動線を確保するとともに、感染症の発生時にはゾーニングにより、本来総合リハが診るべき患者を継続的に受け入れられる機能を整備するよう検討します。

### 病床・病院機能、施設規模の方向性

課題への対応を検討し、建替後の病床・病院機能、施設規模を次の方向性とします。

- ◆地域医療構想と医療提供体制の「グランドデザイン」を踏まえ、総合リハは整形外科手術病棟を廃止<sup>\*</sup>し、中途障がいの方が社会復帰等を目指すための専門リハビリに特化する
- ◆今後の人口減少や他病院との役割分担等を考慮し、病床数と入所定員数を次のように縮小する

区 分	現 状	建替え後	差
病 院	<p><b>病床数：80床</b></p> <p>（整形外科病棟(急性期機能)：40床） （リハビリ病棟(回復期機能)：40床）</p>	<p><b>病床数：60床</b></p> <p>（整形外科病棟(急性期機能)：廃止） （リハビリ病棟(回復期機能)：60床）</p>	<p>病床数 △20床</p>
障害者支援施設	<p><b>入所定員：60人</b></p> <p>（利用定員：80人）</p>	<p><b>入所定員：40人</b></p> <p>（利用定員：60人）</p>	<p>入所定員数 △20人</p>

<sup>\*</sup>リハビリのために必要な基礎的な手術（褥瘡や断端処理等）は引き続き実施。設置する診療科は、現在の診療科（3頁参照）のうち麻酔科の廃止を想定。なお、病床機能について、新しい地域医療構想では「回復期機能」は「包括期機能」に再編される。

### 建設予定地

現在地の西側約2kmに位置し、現在地より洪水浸水想定が低く地盤などの敷地条件の良い、県営住宅駒沢新町第2団地<sup>こまざわあらまち</sup>一部跡地に、病院と障害者支援施設等を一体的に移転整備します。

なお、自動車運転訓練場は引き続き現在地を使用します。

#### 【移転先の優位性】

- ・最大浸水想定が0.5～3mと現在地よりも洪水の影響が低く、洪水対策に必要な建設費の軽減が期待できる。

- ・令和7年度に地盤調査を実施した結果、地下15m付近に支持地盤が確認され、現在地より地盤条件が良い。
- ・現地建替えの場合、機能を維持しながら順次建替えを行うため、病棟の仮設が必要であり、工期も長期化する懸念があるが、移転建替えの場合はこうした影響が生じない。
- ・利用者にとって駅やバス路線など公共交通機関とのアクセスが良好になる。

**【建設予定地】**

所在地：長野市徳間 1144-3 他 敷地面積：約 8,600 m<sup>2</sup>



地図：長野県統合型地理情報システム「信州くらしのマップ」を編集

**概算事業費**

総合リハの移転新築に係る概算事業費を、現段階で総額 134 億円程度（建設工事費、設計・工事監理費、医療機器購入費、移転費等を含む）と見込んでいます。事業費は今後の設計における検討や資材価格の動向などにより変動する可能性があります。

**【概算事業費積算の前提】**

- ・延床面積を 10,500 m<sup>2</sup>（4 階建て）と想定して、他自治体の整備事例等や令和 8 年の物価指数等を考慮して算定。
- ・建物は Z E B 化\*を予定。

※ZEB（ゼブ）：Net Zero Energy Building の略。建築物に使用するエネルギー消費量を一定水準以上削減し、再生可能エネルギーを導入することで年間の収支をゼロとすることを目指した建築物。

**整備スケジュール**

令和 8 年度前半に具体的な整備基本計画を策定の上、設計者を選定するためのプロポーザルを実施する予定です。供用開始までの現時点の見込みは次のとおりです。

R 8 年度 (2026)		R 9 年度 (2027)	R 10 年度 (2028)	R 11 年度 (2029)	R 12 年度 (2030)	R 13 年度 (2031)	R 14 年度 (2032)
整備基本計画	設計プロポーザル	基本設計	実施設計	建設工事			供用開始 (見込み)

# 資料

## 所在地

所在地	長野県長野市下駒沢 618-1
用途地域	①第一種住居地域 ②市街化調整区域（自動車運転訓練場）
許容容積率	200%
許容建ぺい率	60%
防火・準防火地域	①規制なし ②法 22 条地域
中高層建築物	①高さ 10m以上 ②高さ 15m以上
日影規制	① 4 h / 2.5 h / 4 m ②別途規制がある場合があります
敷地面積	42,331.95 m <sup>2</sup>
建物面積	16,528.41 m <sup>2</sup>

## 配置図

