

神奈川県総合リハビリテーションセンター あり方検討会（第3回）資料



令和7年3月17日（月）

神奈川県総合リハビリテーションセンター
あり方検討会（第3回）

神奈川県健康医療局保健医療部県立病院課

【本日のスケジュール】

- ・ 前回の検討会の振り返り

〈協議事項〉

- ・ 神奈川リハビリテーション病院のあり方について

前回の検討会の振り返り

【前回の検討会における病院に関する主なご意見】

〈病院〉

- 医療側が地域に出ていくことが重要。
- リハビリと栄養管理の連携、協働が必要。
- 神奈川リハビリテーション病院に担ってほしい役割
 - ・重度の脊髄損傷等の民間で対応が困難な患者の受け入れ
 - ・合併症を持つ患者の受け入れ
 - ・入院が長期に渡る患者の受け入れ
 - ・言語聴覚士が関与するNST、摂食嚥下等のチーム医療
 - ・精神科医による強度行動障害を持つ知的障害児者への対応
 - ・地域における総合的な多職種連携

〈共通〉

- リハ医学・医療と福祉は「生活」という共通点がある。「生活」がキーワード。
- 地域での生活を確保する支援体制への貢献が必要。
- 人材確保がどれだけできるかという視点も重要。
- 費用対効果を意識することも必要。

本日の検討事項

開催回数	開催予定時期	検討内容
第1回	令和6年10月	現状と課題の抽出、調査内容、分析項目
第2回	令和7年1月	県内ニーズの把握、他施設との比較・分析、論点整理
第3回	3月	病院のあり方について
第4回	5月	〃
第5回	7月	福祉施設のあり方について
第6回	8月	〃
第7回	10月	医療と福祉の連携について
第8回	12月	〃
第9回	令和8年2月	センターのあり方について（組織体制、経営構造）
第10回	3月	検討会報告書とりまとめ

本日の検討事項

検討会	番 号	課 題
第 3 回	(1)	どのような患者・疾患を対象にして、どのような機能を有していくべきか
	(2)	高度専門的なリハビリテーションを十分に提供していくにはどのような体制が必要か。
	(3)	地域連携をより一層進めていくにはどのようにしたらよいか。
第 4 回	(4)	今後の患者動向や機能に見合った病院の規模はどのくらいが適当か。
	(5)	人材確保をどのようにしていくか。

 今回は病院の機能を検討いただき、具体的な規模・人員体制等については第 4 回目に検討することとしたい。

協 議 事 項

議 題

「神奈川リハビリテーション病院のあり方について」

検討における基本事項

県立病院としての位置付け（現状）

（１）リハセンターにおける病院機能

（２）広域の高度専門的リハビリテーションの拠点（県域・県外）

- ・ リハビリテーション医療の拠点施設（脊髄障害、脳血管障害等） ※ 1
- ・ 高次脳機能障害支援拠点機関 ※ 1
- ・ 神奈川県リハビリテーション支援センター（地域リハビリテーション支援センター） ※ 2
- ・ KRRC（かながわりハビリロボットクリニック） 筋電義手含む ※ 2

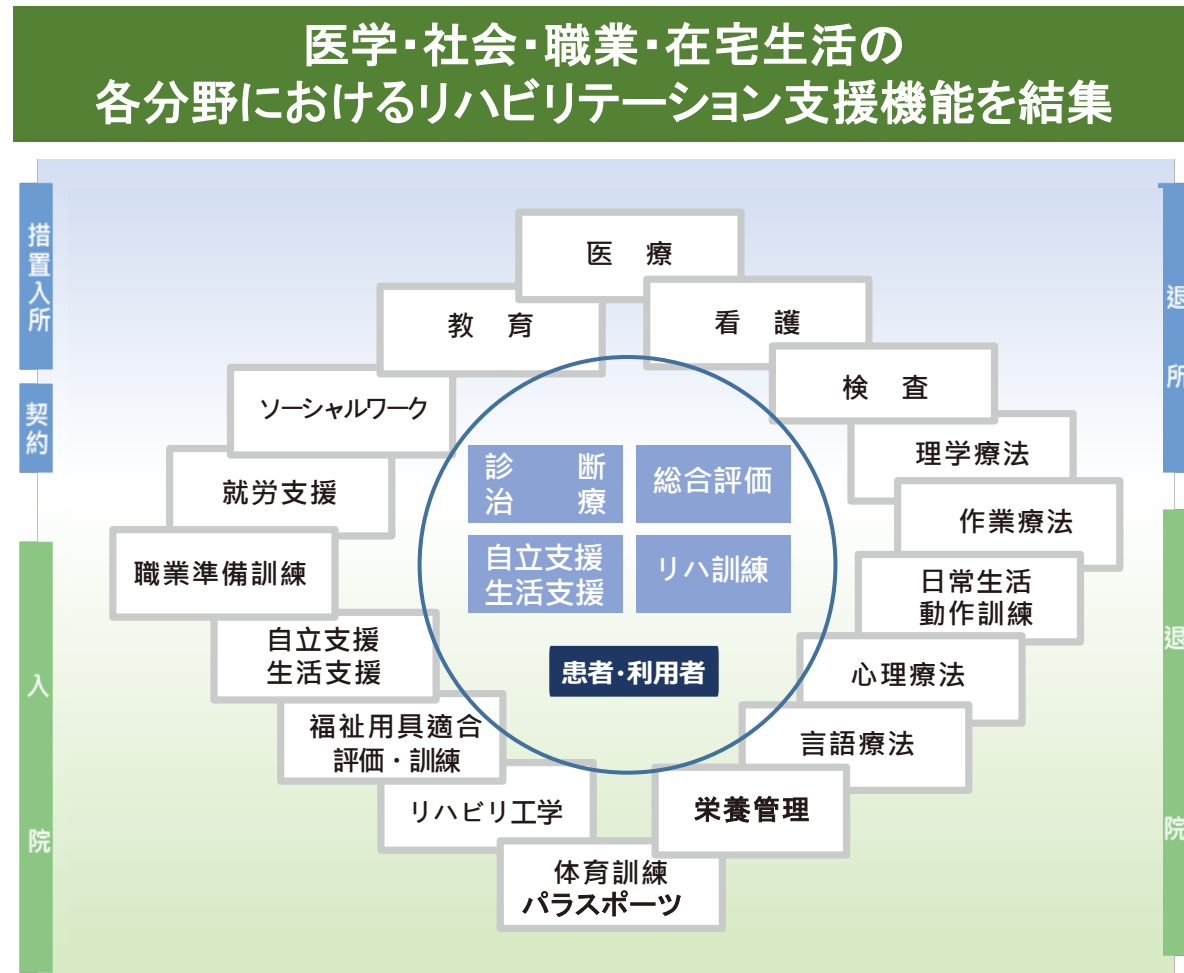
※ 1 神奈川県保健医療計画

※ 2 神奈川県当事者目線の障害福祉推進条例～ともに生きる社会を目指して～に基づく基本計画

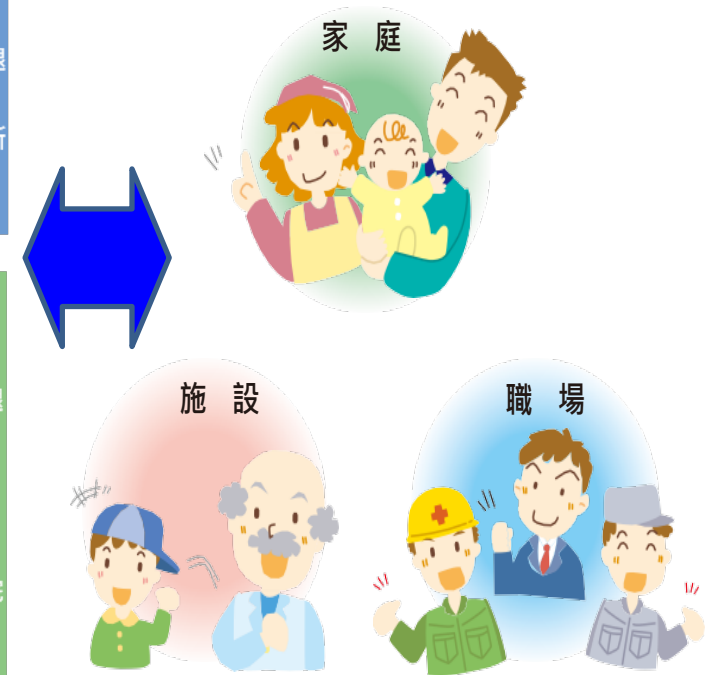
（３）県央地域における回復期リハビリテーションの受け皿

- ・ 紹介受診重点医療機関（R7.4～）

センターの役割・コンセプト



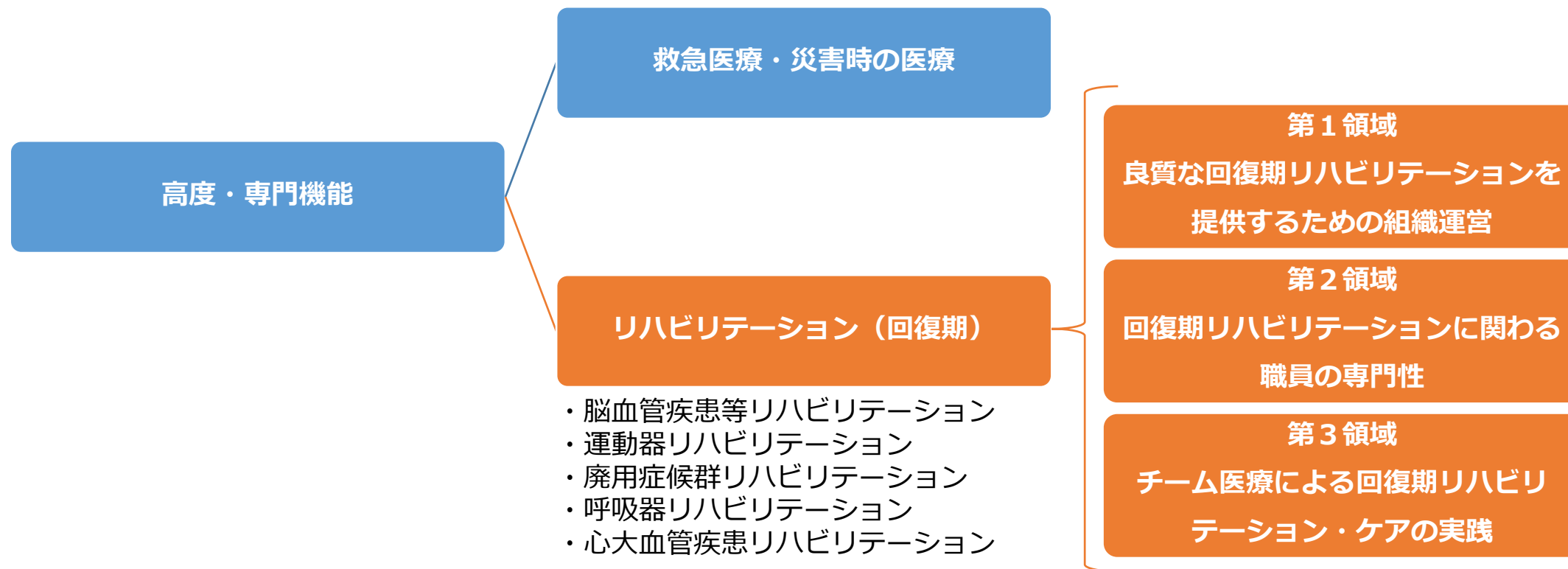
地域生活への移行



障害の程度に関わらず自分らしく生きられるよう、社会復帰を目指すための支援を展開

高度専門的リハビリテーション

- 病院機能評価事業における高度・専門機能に着目して整理
⇒ 「救急医療・災害時の医療」と「リハビリテーション（回復期）」に分けられる。
- 本検討会における「高度専門的なりハビリテーション」とは
⇒ 病院機能評価事業における「リハビリテーション（回復期）」とその各領域を指すことと整理したい。



疾患別リハビリテーション

- 質の高いリハビリテーションの推進を図るため、診療報酬上、算定できる疾患別リハビリテーション料は **下記5種類**に分けられる。
- 神奈川リハビリテーション病院では脳血管疾患等、運動器を主に実施（※）しており、呼吸器及び心大血管疾患はほぼ実施していない状況。
- ※ 廃用症候群は、脳血管疾患等と運動器に付随して実施

項目	主な対象疾患	R5神奈川リハビリテーション病院 単位数
脳血管疾患等リハビリテーション料	脳梗塞、脳腫瘍、脊髄損傷、パーキンソン病、高次脳機能障害 等	220,577単位
運動器リハビリテーション料	上・下肢の複合損傷、脊椎損傷による四肢麻痺、運動器の悪性腫瘍 等	69,515単位
廃用症候群リハビリテーション料	急性疾患等に伴う安静による廃用症候群	8,210単位
呼吸器リハビリテーション料	肺炎・無気肺、肺腫瘍、肺塞栓、食道癌、胃癌、肝臓癌の手術前後 等	274単位
心大血管疾患リハビリテーション料	急性心筋梗塞、狭心症、開心術後、大血管疾患 等	0単位

KRRC（かながわりハビリロボットクリニック）

（１）筋電義手の処方・訓練 ⇒ 「東日本の拠点」を目指した取り組み

- ・先天性や労災などにより前腕等が欠損した方について、筋電義手の処方・訓練についての相談受付
- ・公費による筋電義手の取得申請を目指した訓練の実施
- ・訓練用義手の確保については「筋電義手バンク」により対応（R4～）
（令和７年２月末時点寄附金実績 約7,200万円）

（２）ロボットを利用したリハビリテーション

- ・脊髄損傷等の患者や脳卒中などによる片麻痺患者を対象にロボットを活用したリハビリテーションを実施

（３）ロボット等の開発における企業や大学への支援

- ・企業や大学研究室で開発中の福祉機器等に対し、臨床現場からの視点で患者ニーズや使い勝手の評価、改善点を提案し、場合により共同研究の形で開発に協力
- ・神奈川県が進めている「さがみロボット産業特区」における実証実験のフィールドとして、開発中の製品評価を実施

地域リハビリテーション支援センター

(1) 高次脳機能障害支援普及事業

- ・支援拠点として高次脳機能障害の方の社会参加を支援

(2) 地域リハビリテーション推進事業

- ・地域の保健、医療、福祉、介護、教育、行政と協働で、リハビリテーション専門研修や専門相談を通じて、地域リハビリテーションネットワークの形成を推進

(3) リハビリテーション専門相談

- ・支援機関からのリハビリテーションに関する専門相談を受付

(4) リハビリテーション専門研修

- ・医療、福祉、介護、教育の方を対象に、これからのリハビリテーションを担う人材を育成

【参考】リハセンター内における病院機能

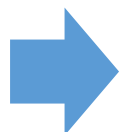
○ 病院の専門スタッフによる福祉施設入所者へのリハビリテーションの状況（R5年度）

	七沢学園 （児童）	七沢学園 （成人）	七沢療育園	七沢自立 支援ホーム	合計
理学療法	0件	0件	572件	2,772件	3,344件
作業療法	0件	0件	106件	3,252件	3,358件
言語訓練	0件	0件	23件	518件	541件
職能訓練	0件	0件	0件	571件	571件
心理検査等	1,641件	65件	104件	294件	2,104件
体育指導	0件	0件	0件	3,775件	3,775件

○ 入所者の特性に応じて、病院の専門スタッフによるリハビリテーション医療を提供している。

⇒ 病院側から福祉側に対するリハビリテーション医療の提供は一定程度されている。

一方、福祉側が求める医療的ケアには十分対応していない。

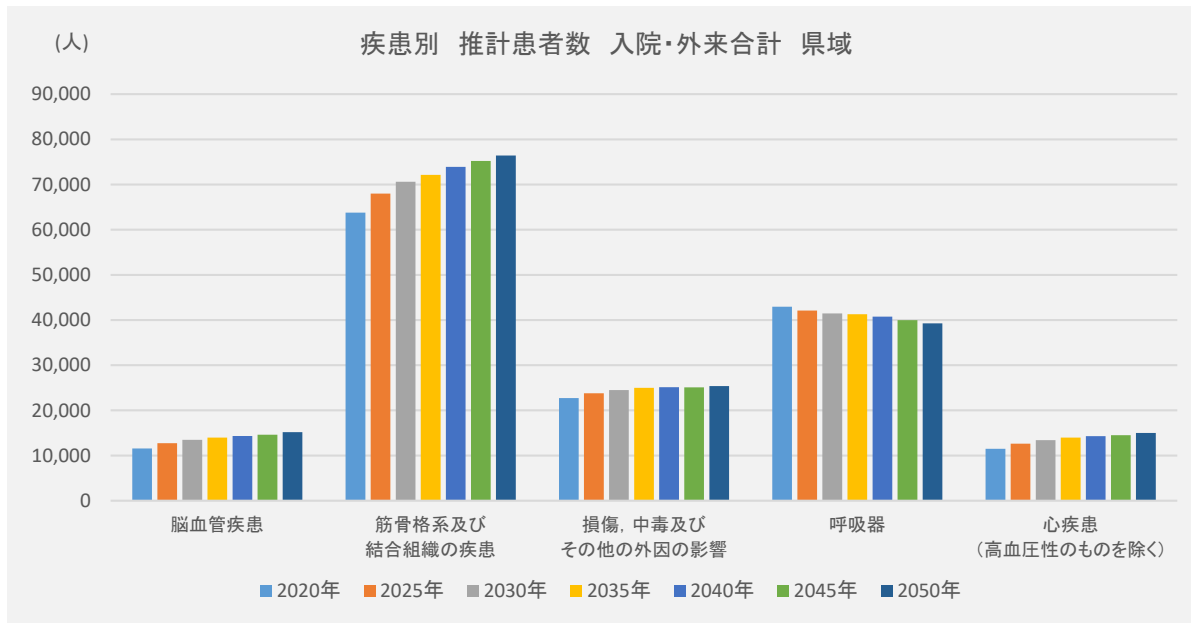


医療と福祉の連携に係る具体的な検討は第7回・第8回で行う予定です。

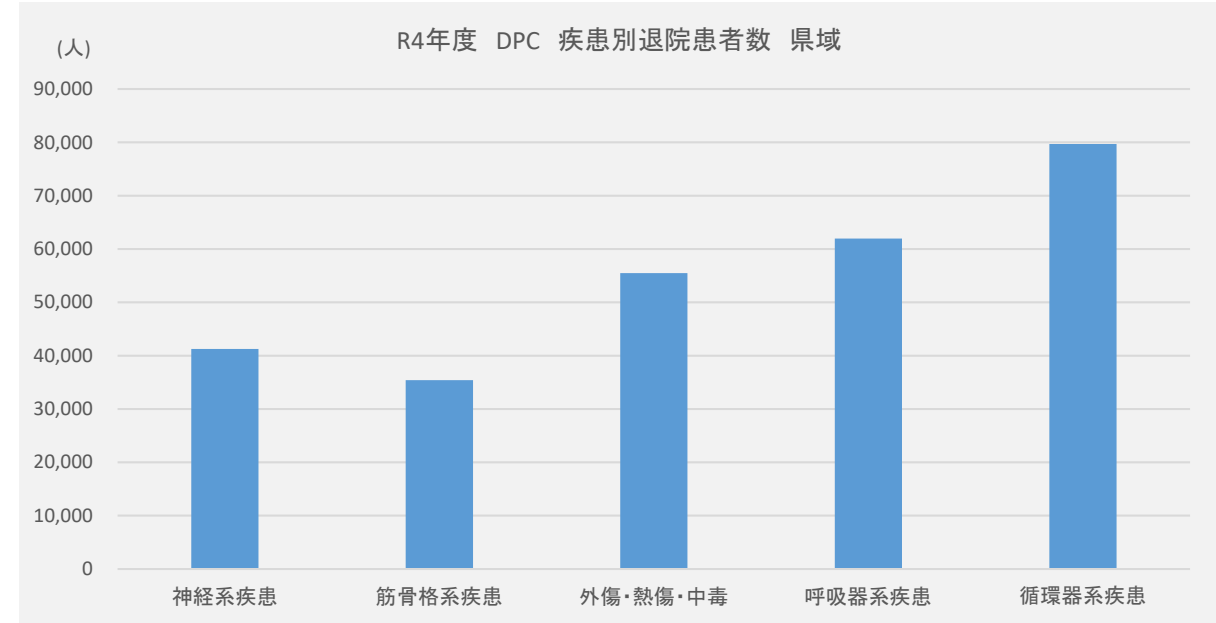
(1) どのような疾患を対象にするべきか。

(1) どのような疾患を対象にするべきか 医療の状況（県域の疾患別患者）

- 県域における脳血管疾患、筋骨格系疾患、心疾患は増加傾向、損傷（脊髄損傷等）は横ばい、呼吸器疾患は減少傾向にある。
- 需要の増加が見込まれる疾患のうち、脳血管疾患、筋骨格系疾患は県域での受け皿が比較的少なく、心疾患は受け皿が比較的多い。



出典）厚生労働省 令和5年度患者調査国立社会保障・人口問題研究所
日本の地域別将来推計人口（令和5（2023）年推計）



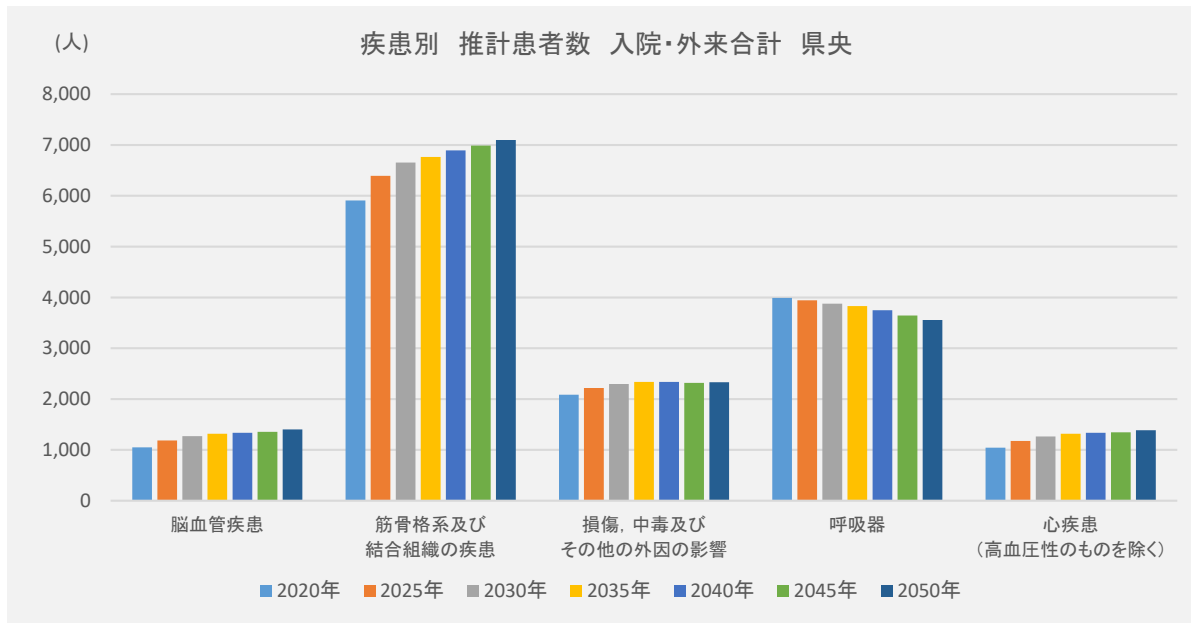
※神経系疾患に脳血管疾患、循環器系疾患に心疾患を含む

出典）厚生労働省 令和4年度DPC導入の影響評価に係る調査退院患者調査の結果報告について

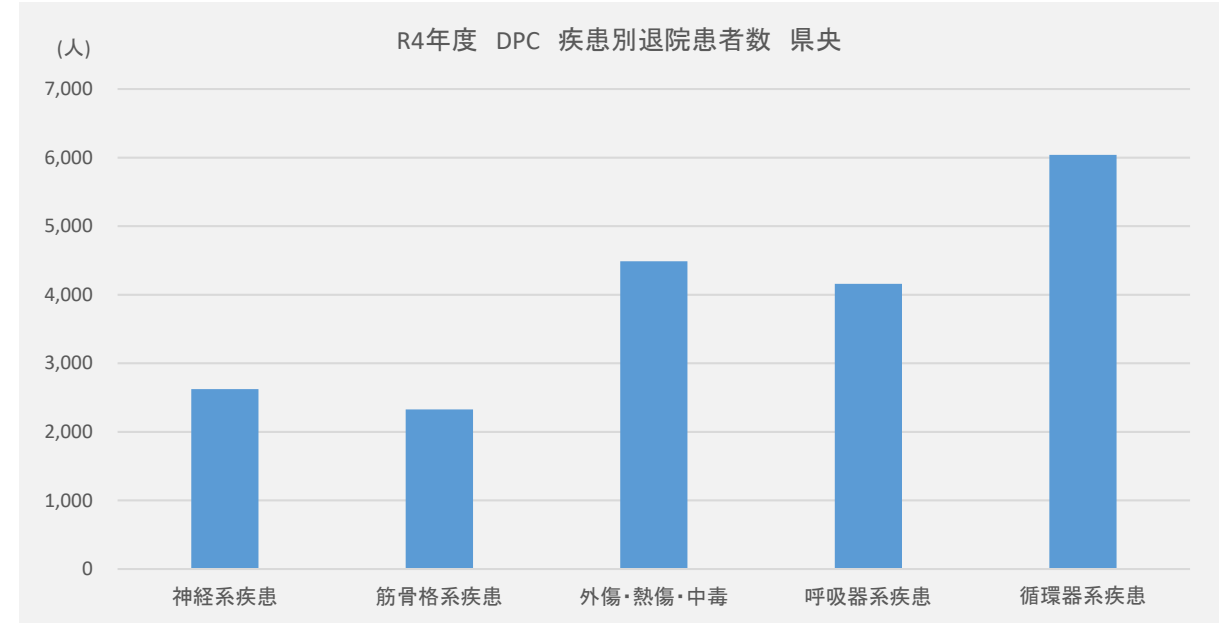
⇒神奈川リハビリテーション病院は、脳血管疾患や筋骨格系疾患の受け入れを今後も進めていくべきではないか。

(1) どのような疾患を対象にするべきか 医療の状況（県央地域の疾患別患者）

- 県央地域においても脳血管疾患、筋骨格系疾患、心疾患は**増加傾向**、損傷（脊髄損傷等）は**横ばい**、呼吸器疾患は**減少**傾向にある。
- 県央地域においても需要の増加が見込まれる疾患のうち、**脳血管疾患、筋骨格系疾患は県央地域での受け皿が比較的少なく、心疾患は受け皿が比較的多い。**



出典）厚生労働省 令和5年度患者調査国立社会保障・人口問題研究所
日本の地域別将来推計人口（令和5（2023）年推計）

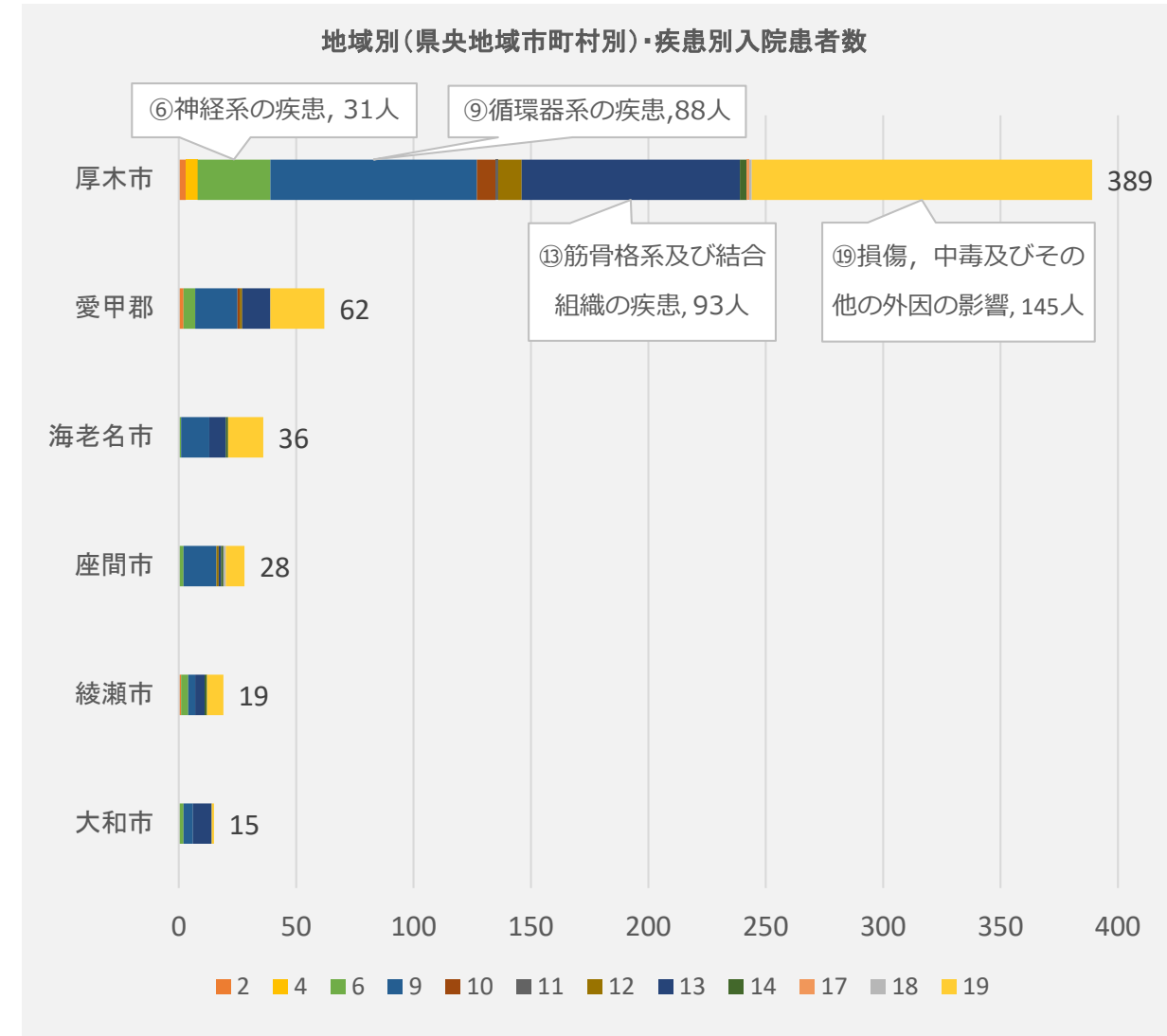
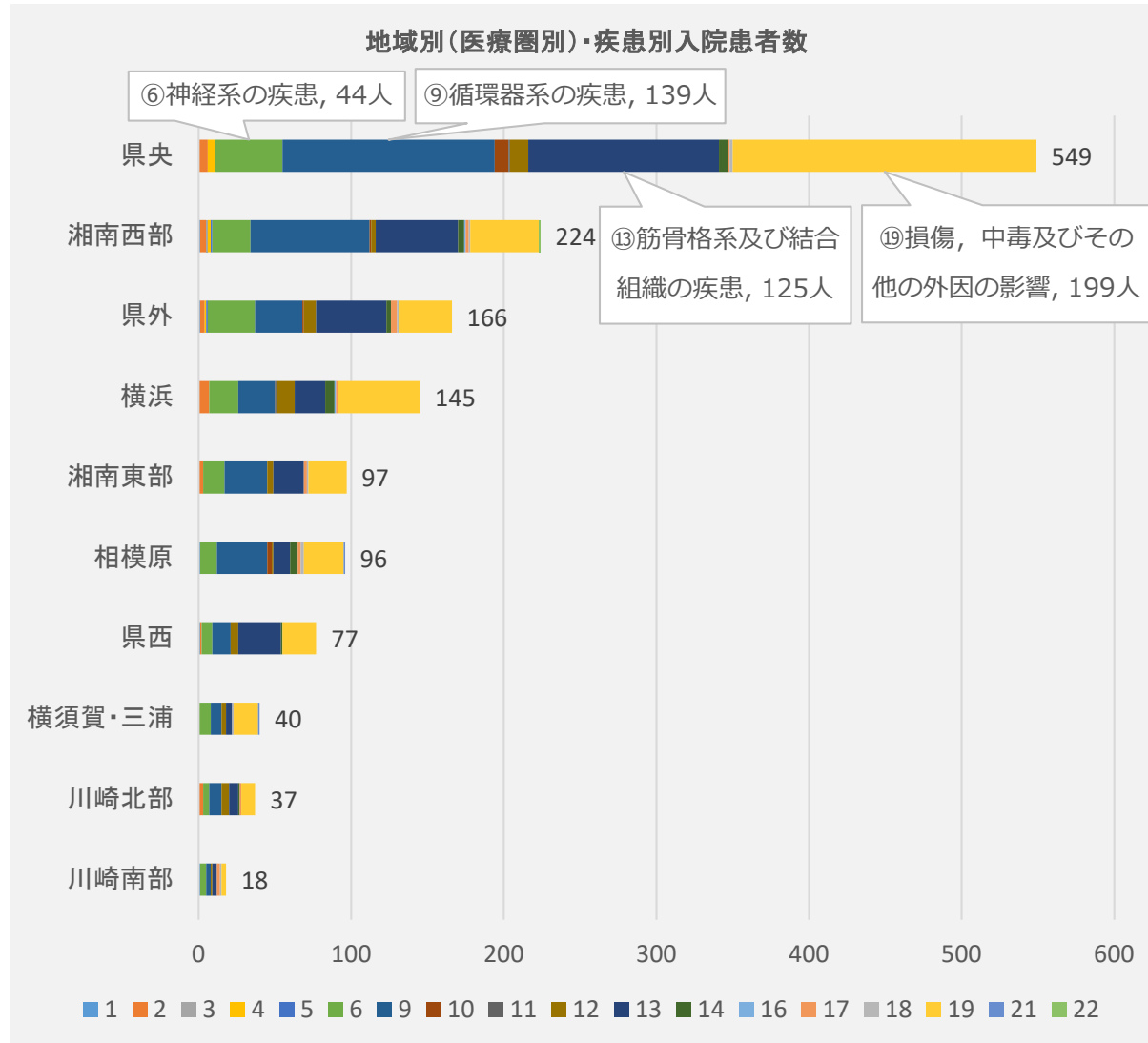


※神経系疾患に脳血管疾患、循環器系疾患に心疾患を含む

出典）厚生労働省 令和4年度DPC導入の影響評価に係る調査退院患者調査の結果報告について

⇒神奈川リハビリテーション病院は、脳血管疾患や筋骨格系疾患の受け入れを今後も進めていくべきではないか。

（１）どのような疾患を対象にするべきか 医療の状況（神奈川リハビリテーション病院 R5地域別・疾患別入院患者）

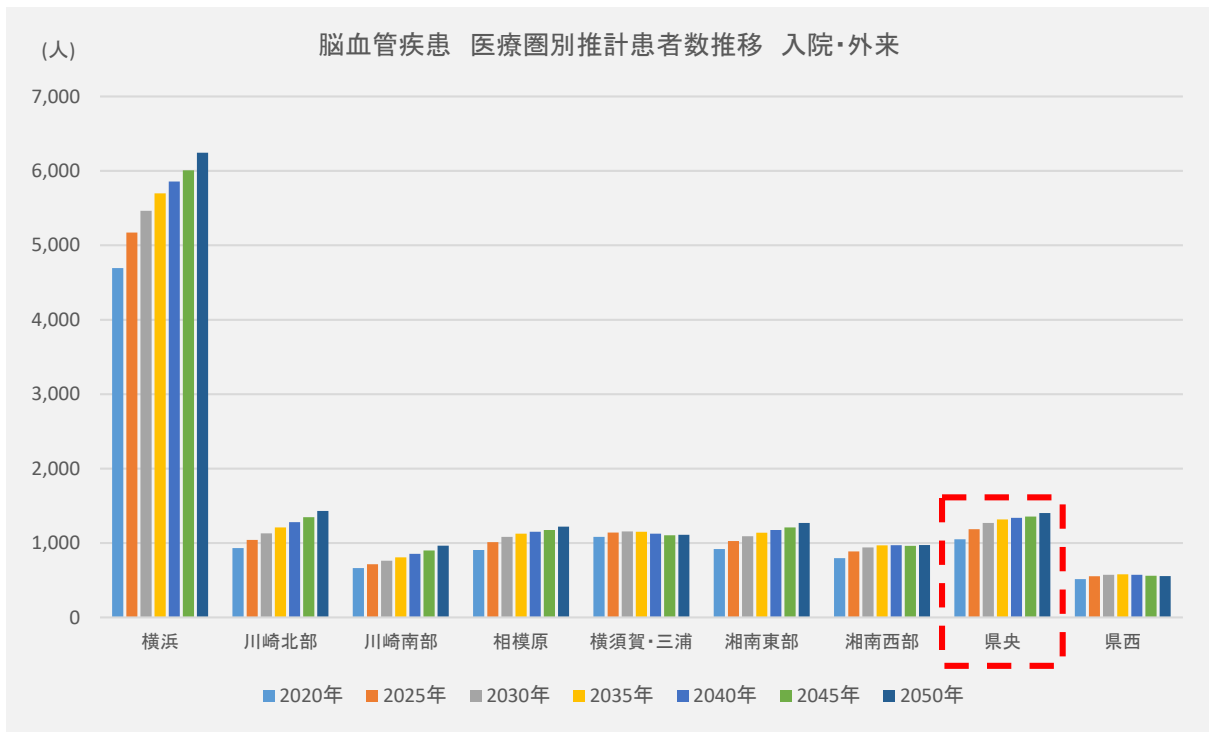


(参考) ICD-10分類

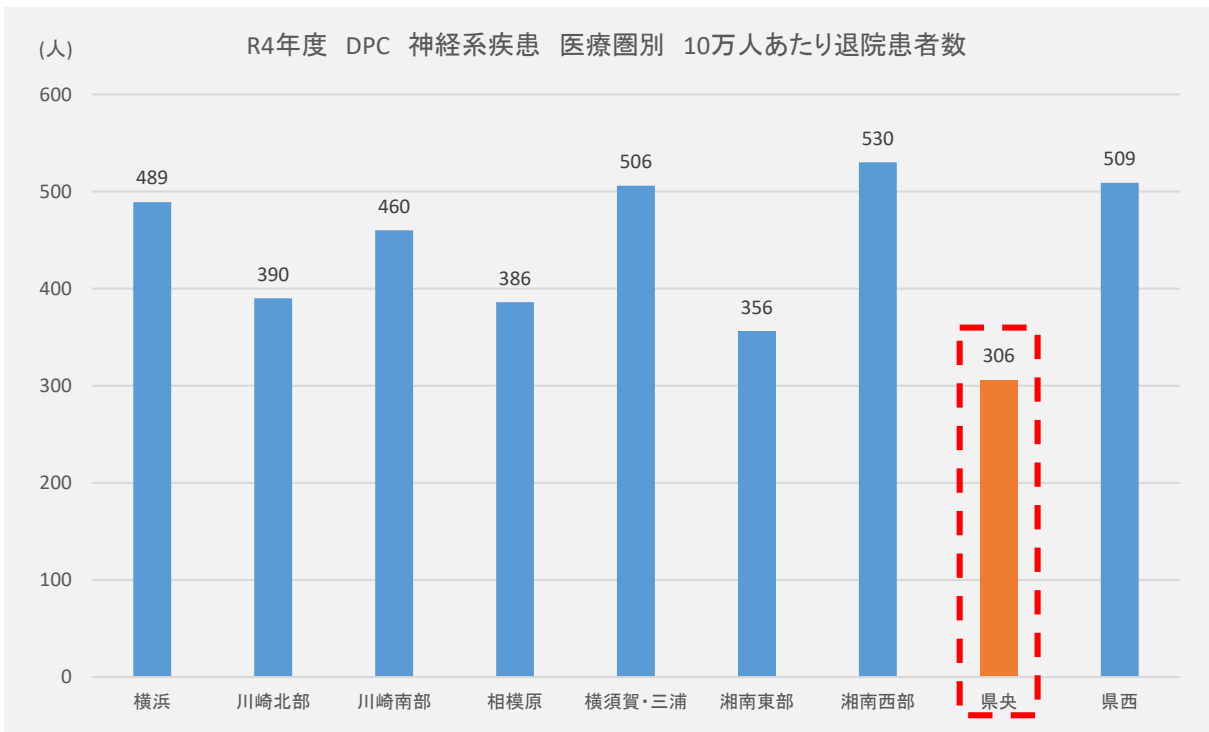
項番	分類名	項番	分類名
1	感染症及び寄生虫症	12	皮膚及び皮下組織の疾患
2	新生物〈腫瘍〉	13	筋骨格系及び結合組織の疾患
3	血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	14	腎尿路生殖器系の疾患
4	内分泌，栄養及び代謝疾患	15	妊娠，分娩及び産じょく
5	精神及び行動の障害	16	周産期に発生した病態
6	神経系の疾患	17	先天奇形，変形及び染色体異常
7	眼及び付属器の疾患	18	症状，徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの
8	耳及び乳様突起の疾患	19	損傷，中毒及びその他の外因の影響
9	循環器系の疾患	20	健康状態に影響を及ぼす要因及び保健サービスの利用
10	呼吸器系の疾患	21	特殊目的用コード
11	消化器系の疾患		

(1) どのような疾患を対象にするべきか 医療の状況（脳血管疾患）

- 脳血管疾患患者の推計は県内全域で増加予想。県央地域においても同様。
- 一方で、県央地域の受け皿となる病床は、二次医療圏単位で比較すると県内で最も少ない。



出典) 厚生労働省 令和5年度患者調査
国立社会保障・人口問題研究所 日本の地域別将来推計人口(令和5(2023)年推計)

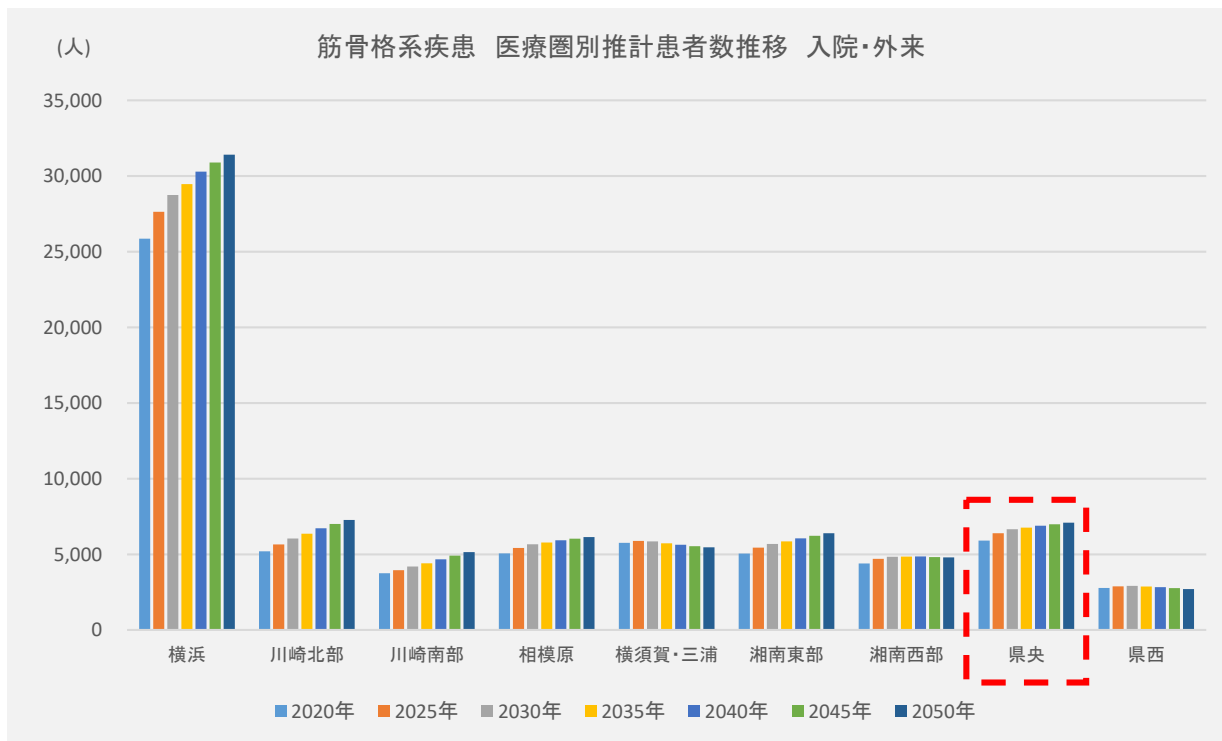


※神経系疾患に脳血管疾患を含む
出典) 厚生労働省 令和4年度DPC導入の影響評価に係る調査退院患者調査の結果報告について

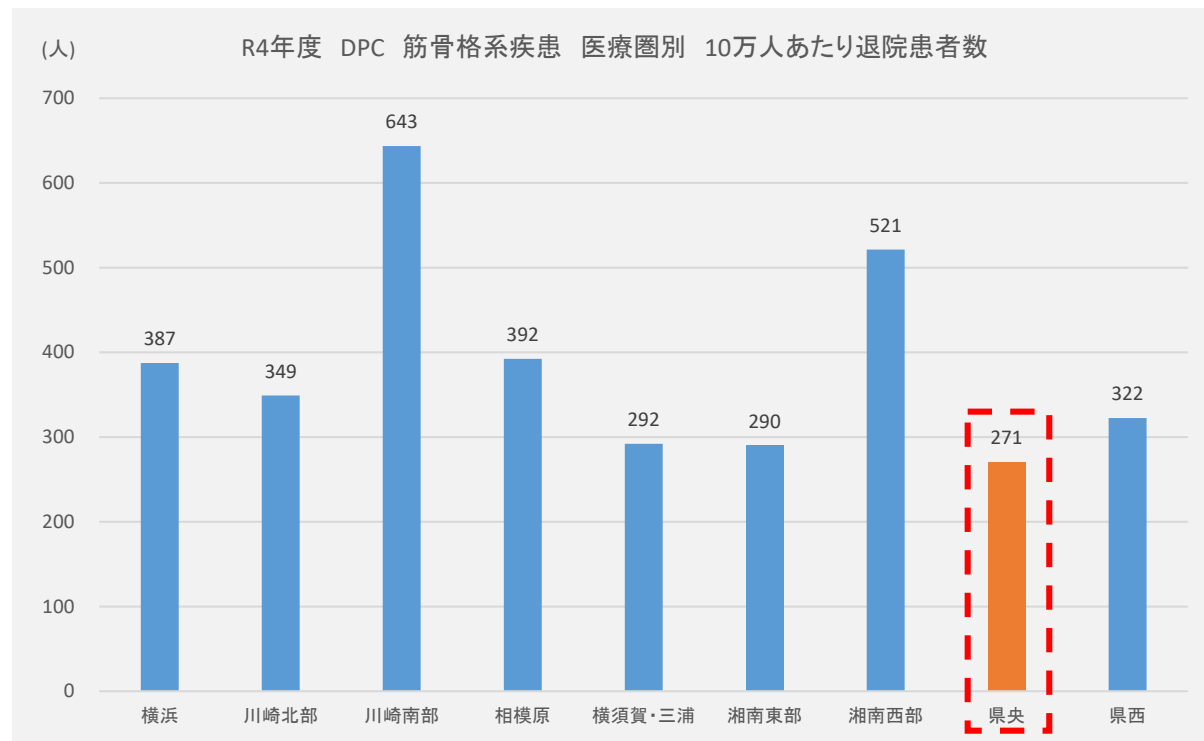
⇒ **神奈川リハビリテーション病院は、脳血管疾患の受け入れを今後も進めていくべきではないか。**

(1) どのような疾患を対象にするべきか 医療の状況（筋骨格系疾患）

- 筋骨格系疾患患者の推計は県内全域で増加予想。県央地域においても同様。
- 一方で、県央地域の受け皿となる病床は、二次医療圏単位で比較すると県内で最も少ない。



出典) 厚生労働省 令和5年度患者調査
国立社会保障・人口問題研究所 日本の地域別将来推計人口(令和5(2023)年推計)



出典) 厚生労働省 令和4年度DPC導入の影響評価に係る調査退院患者調査の結果報告について

⇒ **神奈川県リハビリテーション病院は筋骨格系疾患の受け入れを今後も進めていくべきではないか。**

(1) どのような疾患を対象にするべきか 医療の状況（脊髄損傷）

- 脊髄損傷の全国的な発生頻度は微増傾向。
- 交通事故等による重度患者の割合が減り、高齢者の転倒等による軽微な患者が増えている。
- 神奈川リハビリテーション病院の入院患者のうち、脊髄損傷患者（合併症患者を含む）は全体の15.3%。

調査年	1990	1991	1992	2018
発生頻度（100万人あたり）	39	40	41	49
女性：男性	1909：7842			1170：3403
年齢 平均（SD）	48.6（19.1）			66.5（17.1）
年齢のピーク	20代と50代の二峰性			70代
Frankel分類				
A	34.6%	33.0%	33.4%	11.0%
B	16.2%	14.1%	18.1%	9.7%
C	26.0%	28.0%	25.8%	33.0%
D	23.2%	24.9%	22.7%	46.3%
主な受傷原因				
交通事故	43.7%			20.1%
高所からの転落	28.9%			23.9%
地面・床での転倒	12.9%			38.6%

R5入院患者数（A）

1,449人

うち脊髄損傷患者（B）（※）

221人

割合（A/B*100）

15.3%

※ 脊髄損傷が主病名でない患者を含む

出典）久保俊一 田島文博（2021）「総合力がつくりハビリテーション医学・医療テキスト」日本リハビリテーション医学教育推進機構

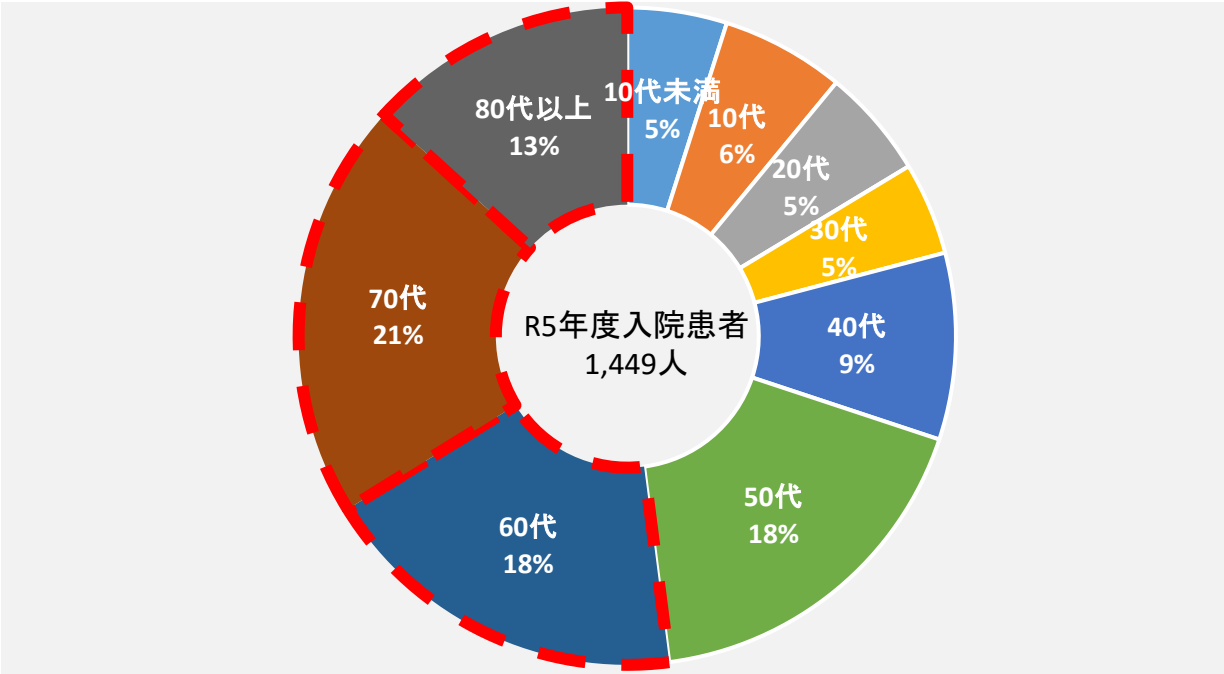
⇒ 神奈川リハビリテーション病院は、脊髄損傷患者の受け入れを今後も進めていくべきではないか。
重度の患者を受け入れるためには麻酔科医が必要ではないか。

(1) どのような疾患を対象にするべきか

医療の状況（併存疾患）

- 神奈川リハビリテーション病院の入院患者の多くは、高齢化の進展に伴い、併存疾患を持つ患者が多い。
- 常勤の内科医が減少している。

〈令和5年度年代別入院患者数〉



〈診療科別医師数（常勤）〉 ※R6.11時点

職種（常勤）	H18	R6※	増減
整形外科	8人	8人	0人
リハビリテーション科	7人	8人	+1人
脳神経外科	1人	1人	0人
小児科	3人	3人	0人
内科	4人	2人	-2人
その他	15人	7人	-8人
合計	38人	29人	-9人

⇒ 神奈川リハビリテーション病院は、併存疾患を抱える身体障害者への対応の検討が必要ではないか。
(地域との連携強化や医療DXの推進による他病院との連携も視野)

(1) どのような疾患を対象にするべきか（まとめ）

【今後の方向性（事務局案）】

- 今後高齢化の進展に伴い益々需要の増加が見込まれる脳血管疾患等及び骨関節系患者を引き続き積極的に受け入れるべきではないか。
- 脊損患者などの受け入れを引き続き進めていくべきではないか。
- 重度の患者を受け入れるためには麻酔科医が必要ではないか。
- 併存疾患を抱える身体障害者への対応については、地域との連携強化や医療DXの推進による他病院との連携も視野に検討を進めていくべきではないか。

(2) どのような機能を有すべきか

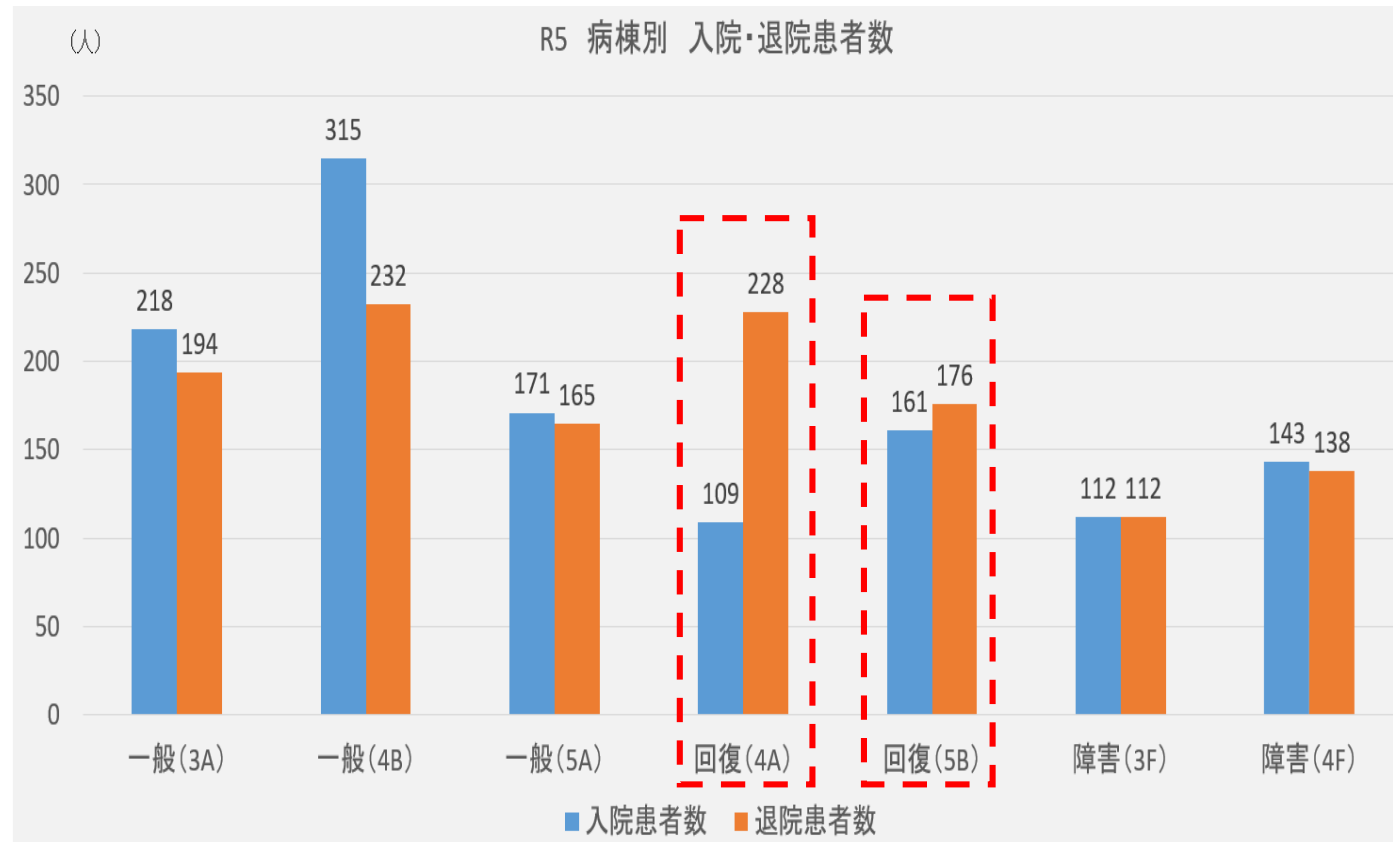
- ① 高度専門的リハビリテーションの提供**
- ② 地域における回復期リハビリテーションの受け皿

(2) どのような機能を有するべきか

① 高度専門的リハビリテーションの提供（平均在院日数）

- 一般病床の平均在院日数は全国平均（R4平均16.2日）よりも長い。
- 院内で一般病床から回復期病床へ転棟させ、継続的にリハビリテーションを提供している。

病棟	種別	概要	平均在院日数 (R5)
3A	一般	小児ほか	48.0日
4A	回復	骨関節ほか	79.7日
4B	一般	骨関節	40.0日
5A	一般	高次脳・脳外傷・脳血管	70.6日
5B	回復	脳血管	79.6日
3F	障害者	脊髄障害	110.8日
4F	障害者	脊髄障害・神経疾患	81.7日



(2) どのような機能を有するべきか

① 高度専門的リハビリテーションの提供（リハビリ提供）

- リハビリ実施単位数は、全国平均と比べて1.59単位少ない。
- セラピストによるリハビリ実施単位数も診療報酬上の標準以下。
- 一方で、セラピストの体制は県央地域の病院の中では充実している。

〈患者一人あたり1日リハビリ実施平均単位数（回復期）〉

神奈リハ R5	全国平均 (※1) R2	全国平均 との差	診療報酬上の 上限(※2)
5.11単位	6.7単位	-1.59単位	6単位

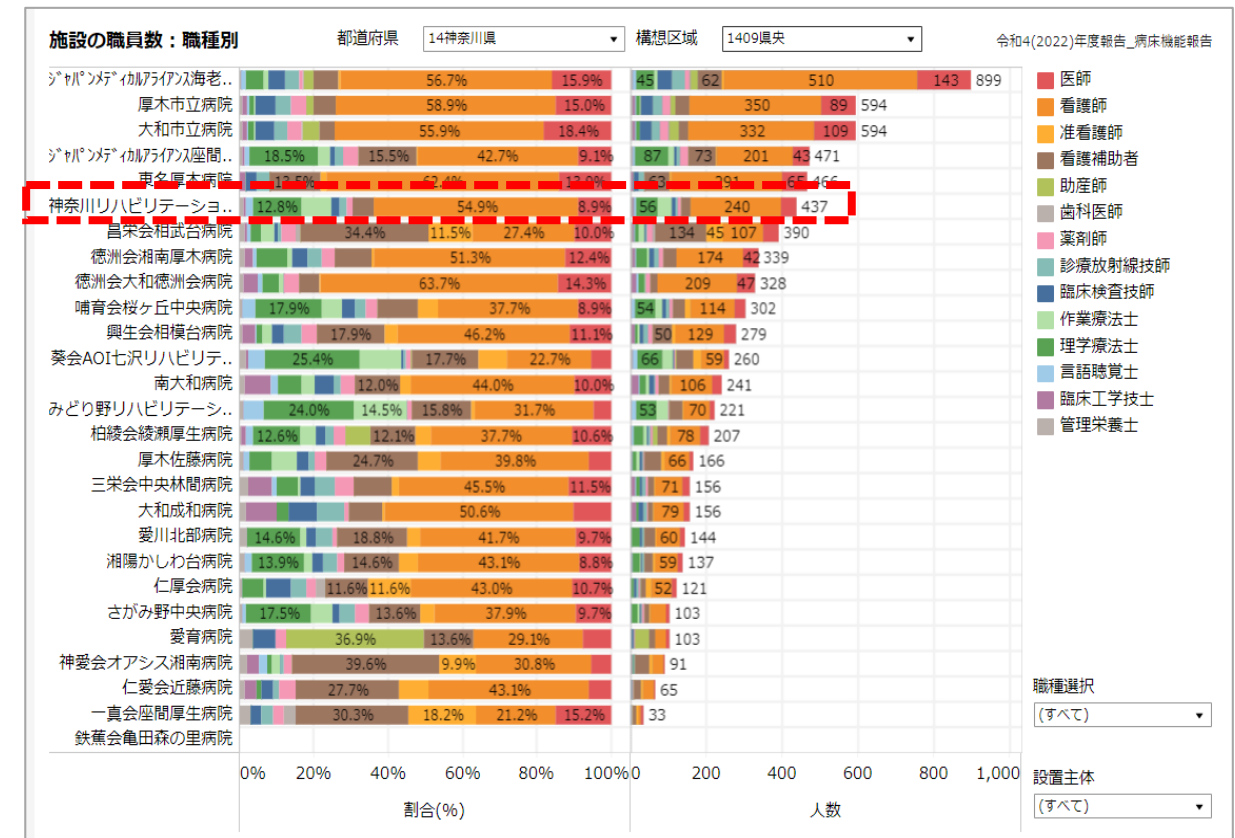
(※1) 全国の回復期リハ入院料1を算定している病院の平均値

(※2) 1単位20分。脳血管疾患等の患者のうちで発症後60日以内の患者など
厚生労働大臣が別に定める患者は1日9単位算定できる

〈神奈川リハビリテーション病院セラピスト一人当たり一日リハビリ実施単位数(R5)〉

理学療法士 (PT)	作業療法士 (OT)	診療報酬上の 上限・標準
13.9単位	12.6単位	上限 24単位 標準 18単位

(※3) 年間休日120日で換算



出典) 厚生労働省 令和4年度病床機能報告

(2) どのような機能を有するべきか

① 高度専門的リハビリテーションの提供（リハビリ提供）

- 実態は、リハビリのほか、利用者ごとの会議や管理業務、また、勉強会や研究にも時間をかけている。
- 栄養サポートチーム介入件数、摂食嚥下チーム介入件数、褥瘡回診件数は増加傾向。

〈OT 1 週当たりスケジュール例〉

曜日 時間	月	火	水	木	金	土	日
8		休み			休み		
9	リハビリ入院		リハビリ入院	リハビリ入院		リハビリ外来	リハビリ外来
10	リハビリ外来		リハビリ入院	リハビリ入院		リハビリ入院	リハビリ外来
11	リハビリ入院	勉強会	リハビリ外来	リハビリ外来		リハビリ入院	リハビリ外来
12	管理業務						管理業務
13	リハビリ外来		会議	リハビリ入院		リハビリ入院	リハビリ入院
14	リハビリ外来		リハビリ入院	リハビリ入院		リハビリ外来	リハビリ入院
15	リハビリ外来		リハビリ入院	リハビリ外来		リハビリ入院	リハビリ入院
16	報告書		リハビリ入院	会議 報告書		リハビリ外来	報告書 報告書
17			報告書				

〈チーム医療等実績〉

	R3	R5	増減
栄養サポートチーム (NST) (※)介入件数	127件	169件	42件
摂食嚥下チーム介入件数	0件	15件	15件
褥瘡回診件数	15件	16件	1件

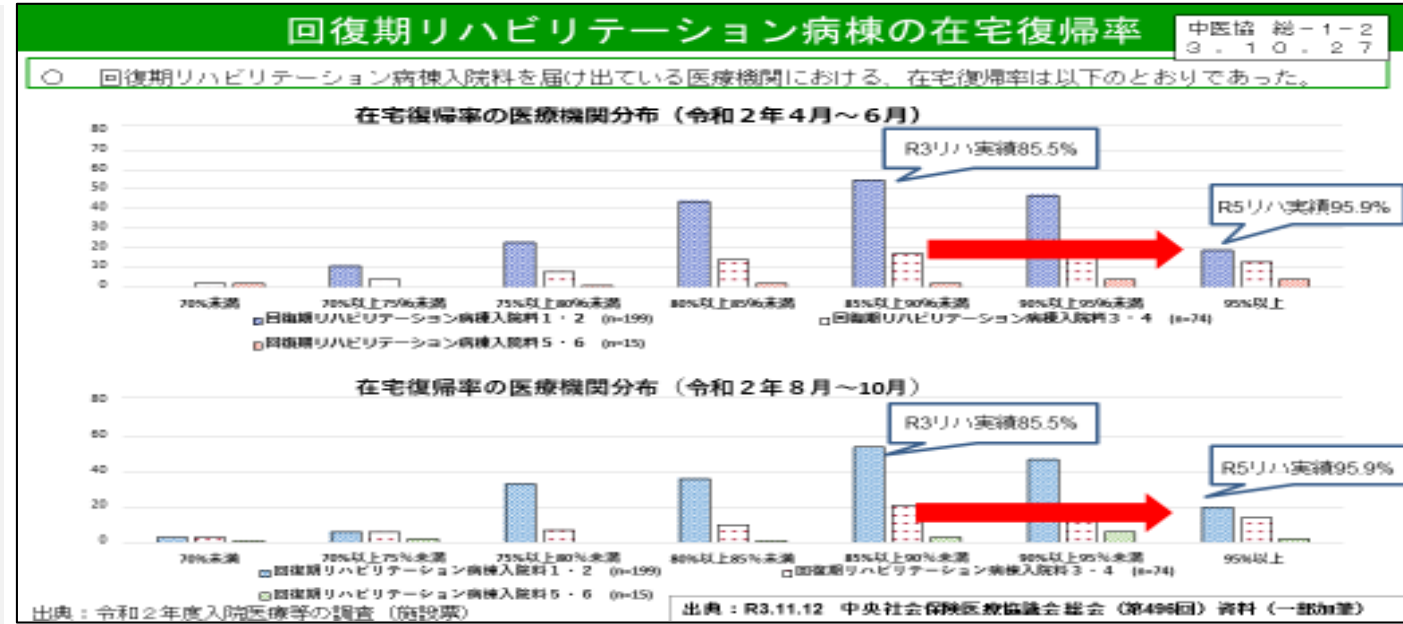
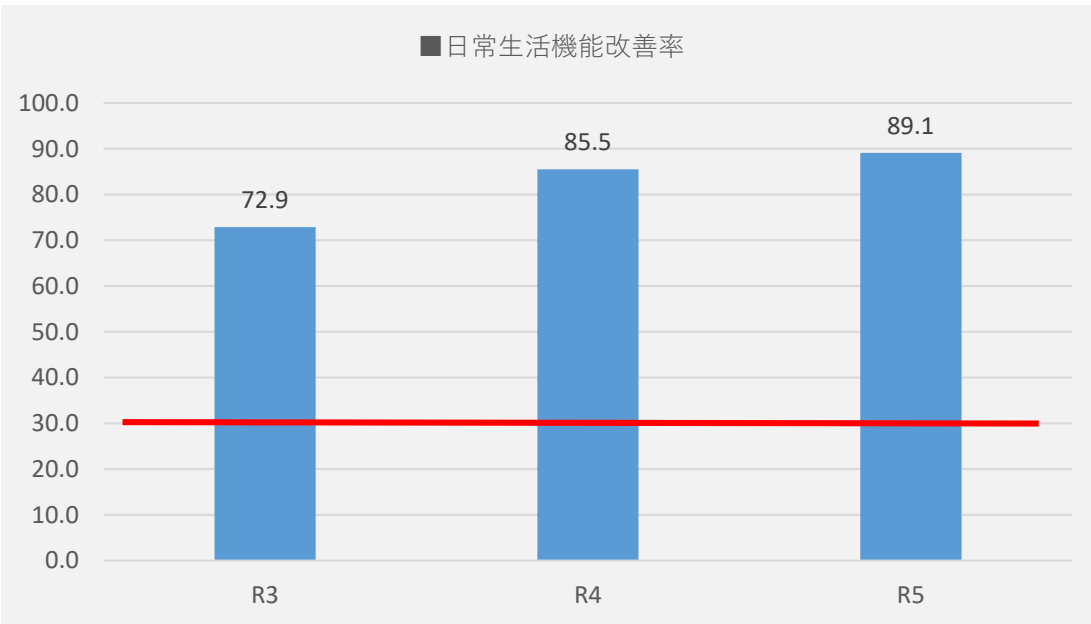
※栄養サポートチームリハセンターにおいては、医師、看護師、管理栄養士、薬剤師、臨床検査技師でチームを構成

単位換算							計	
リハビリ	17		16	16		18	17	84
業務管理	4		4	4			4	16

(2) どのような機能を有するべきか

① 高度専門的リハビリテーションの提供（入院患者）

- 重症者における退院時の日常生活機能改善率はR 5 平均89.1%と高い水準。(回復期リハ入院料 1 の基準30%)
- R5の在宅復帰率は95.9%であり、回復期リハ入院料 1 を算定している医療機関の中でも最上位の区分。
- 継続的にリハビリテーションを提供していることが、高い機能改善率や在宅復帰率に繋がっている。



出典：R3.11.12 中央社会保険医療協議会 総会（第496回）資料（一部加筆）

- ⇒ 手厚いリハビリテーションの充実により、患者の確実な自宅復帰を図られている実績とノウハウがあることから、地域のリハビリテーション医療の下支えを図っていくべきではないか。
- ⇒ 神奈川リハビリテーション病院は、NST、摂食嚥下チーム等のチーム医療の充実により、高度専門的なりハビリテーションの強化を進めるべきではないか。

(2) どのような機能を有するべきか

① 高度専門的リハビリテーションの提供（精神疾患等患者）

- 神奈川リハビリテーション病院の脊髄損傷の入院患者のうち、約半数が精神疾患等の症状を持っている。
- 神奈川リハビリテーション病院には常勤の精神科医は配置されていない。

〈神奈川リハビリテーション病院脊髄損傷入院患者等〉

R5脊髄損傷入院患者数（A）	221人
うち精神疾患等患者（B）（※1）	105人
割合（A/B*100）	47.51%
【参考】R6精神科医師数	常 勤：0人 非常勤：2人

※1 ICDコード（国際疾病分類）の精神および行動の障害（アルファベットコードF）の症状を持つ患者（精神疾患等が主病名でない患者を含む）

⇒ 神奈川リハビリテーション病院は、常勤の精神科医を新たに配置することで、センター内の福祉施設を含む、利用者のサポート体制を拡充するべきではないか。

(2) どのような機能を有するべきか

① 高度専門的リハビリテーションの提供 (KRRC)

- 政策的役割としてリハビリテーションロボットの開発支援・実証実験を実施
- 普及が進んでいない筋電義手普及促進に取り組んでいる。（東日本の拠点を目指している）

〈KRRC各種実績〉

	H29	H30	R1	R2	R3	R4	R5
相談件数	64人	35人	62人	19人	20人	17人	27人
利用人数	285人	376人	380人	330人	327人	347人	358人
延べ単位	1,640単位	2,514単位	2,007単位	2,751単位	2,151単位	2,366単位	2,123単位

※KRRC：かながわりハビリロボットクリニックの略称。県民からの相談対応やリハビリロボットの実証実験を行う専門の相談窓口として、平成29年度に神奈川リハビリテーション内に設置

〈筋電義手訓練実績〉

	H29	H30	R1	R2	R3	R4	R5
累計訓練者数	2人	4人	7人	11人	14人	18人	22人
累計公費認定者数	0人	0人	3人	3人	4人	6人	8人

※筋電義手：腕の筋肉から発生するわずかな電流に反応し、自分の意思で手の部分を動かすことができる義手

- ⇒ **神奈川リハビリテーション病院は、政策的役割として、KRRCのさらなる充実を図るべきではないか。**
- ⇒ **神奈川リハビリテーション病院は、東日本の拠点を目指し、筋電義手の普及促進を一層進めていくべきではないか。**

(2) どのような機能を有するべきか

① 高度専門的リハビリテーションの提供（まとめ）

【今後の方向性（事務局案）】

- 手厚いリハビリテーション医療の充実により、患者の確実な自宅復帰を図られている実績とノウハウがあることから、地域のリハビリテーション医療の下支えを図っていくべきではないか。
- リハビリテーション単位数の増加や、N S T、摂食嚥下チーム等のチーム医療の充実により、高度専門的なリハビリテーション医療の強化を進めるべきではないか。
- 精神科医を新たに配置することで、センター内の福祉施設を含む、利用者のサポート体制を拡充するべきではないか。
- KRRCの取り組みについては、政策的役割として、さらなる充実を図るべきではないか。
- 東日本の拠点を目指し、筋電義手の普及促進を進めていくべきではないか。
- 県内のリハビリテーション医療の底上げのために、これまでの実績とノウハウを活かして、人材育成に力を入れていくべきではないか。

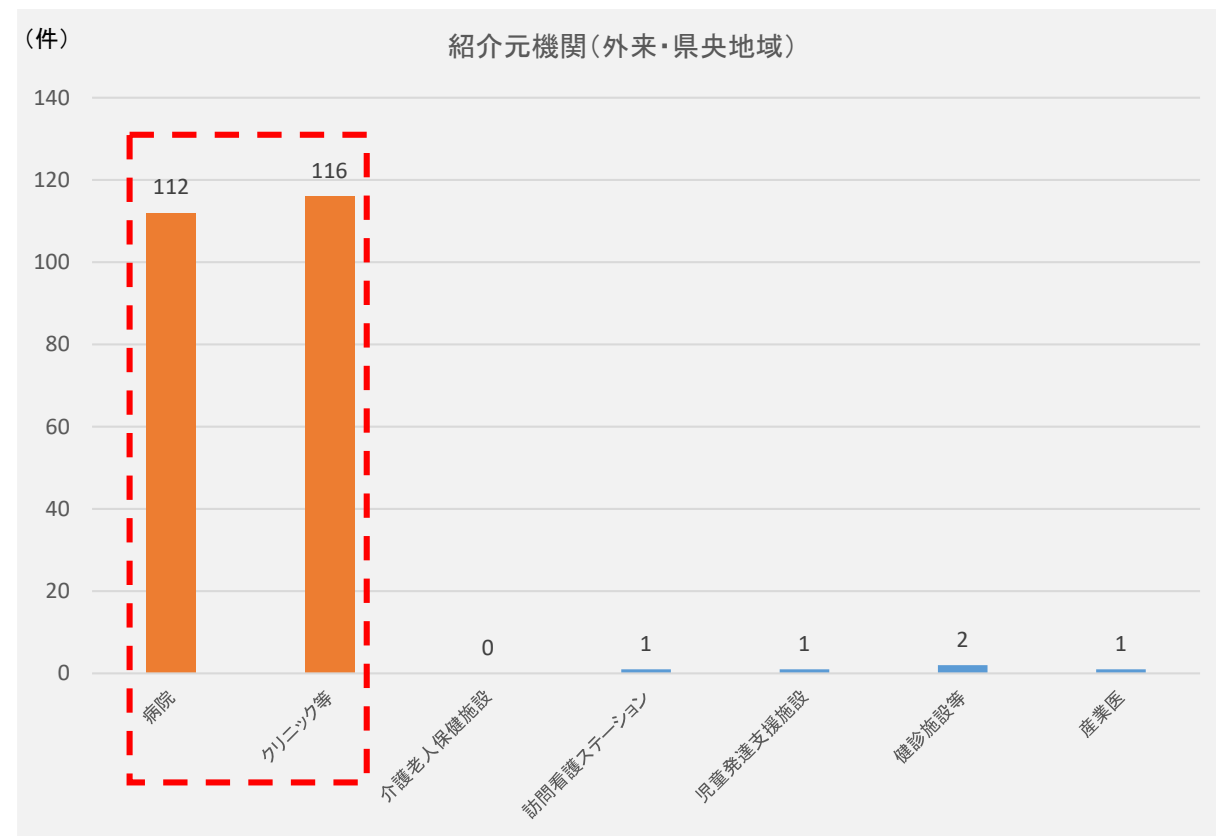
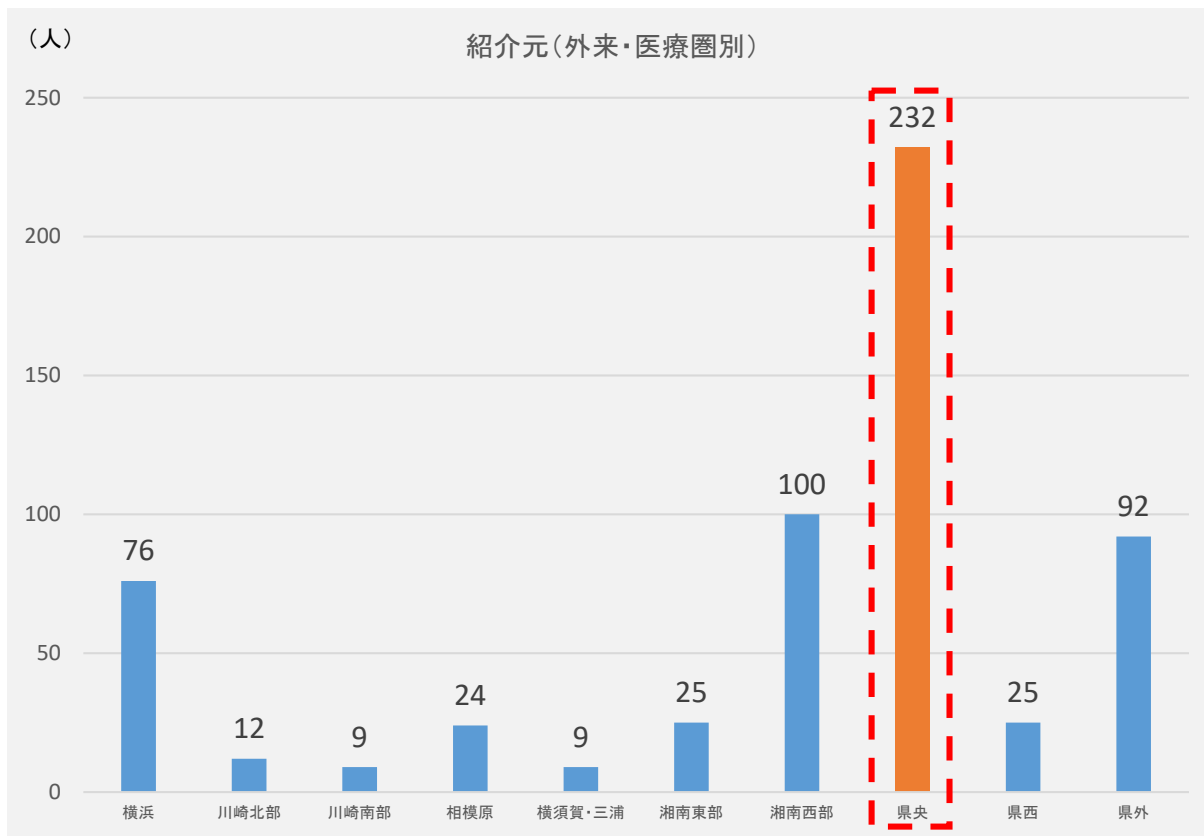
(2) どのような機能を有すべきか

- ① 高度専門的リハビリテーションの提供
- ② 地域における回復期リハビリテーションの受け皿

(2) どのような機能を有するべきか

② 地域における回復期リハビリテーションの受け皿（紹介元：外来患者）

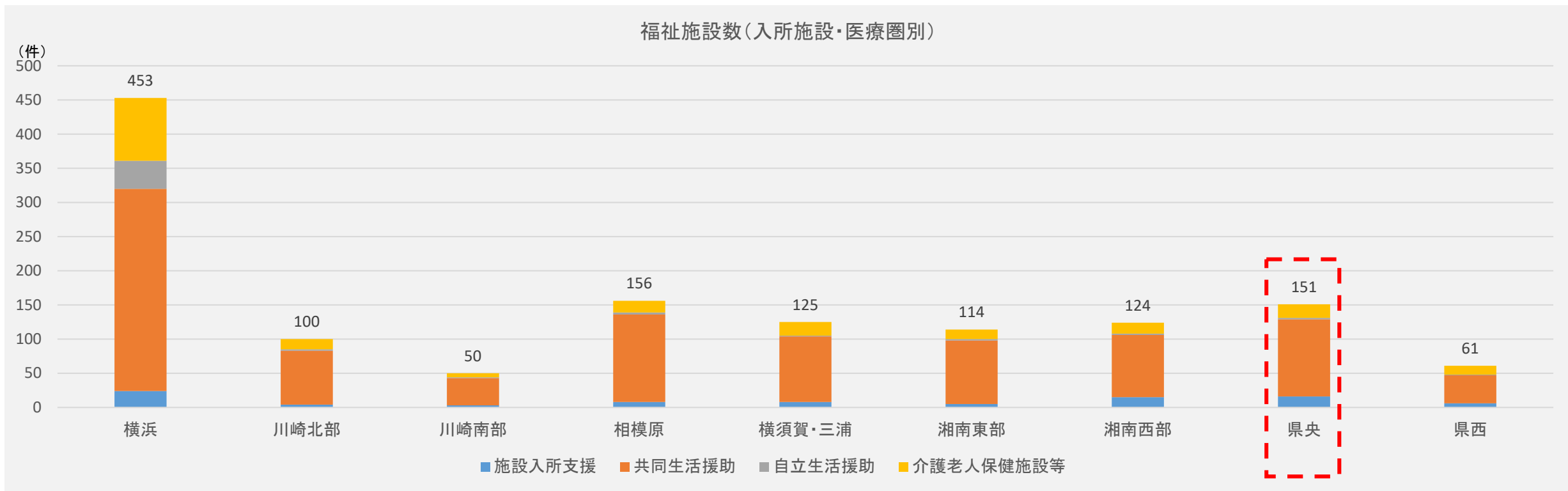
- 紹介元は県央地域が4割程度を占め、ほとんどが病院やクリニック等の医療機関。
- 福祉施設からの紹介はほとんど無い。



(2) どのような機能を有するべきか

② 地域における回復期リハビリテーションの受け皿（福祉施設数）

○ 一方で、県央地域の福祉施設数は、医療圏別で見ると横浜、相模原に次いで多い。



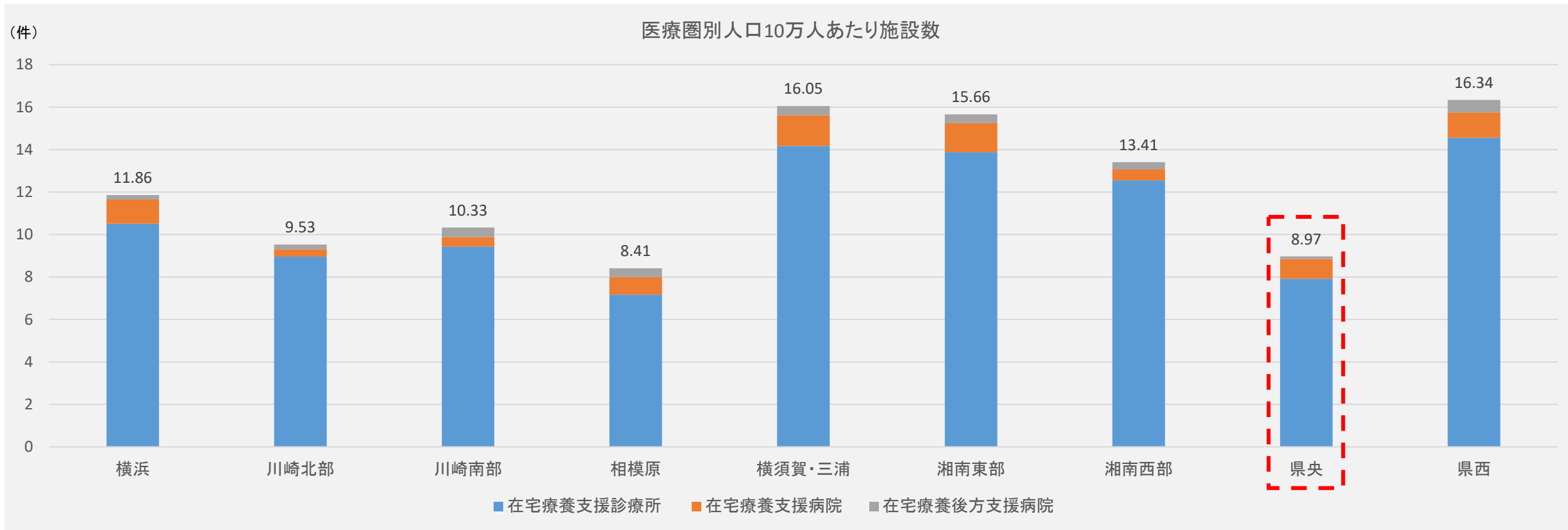
出典）障害福祉情報サービスかながわ、高齢者の方のための施設のご案内

⇒ 紹介元は県央地域の医療機関がほとんどのため、神奈川リハビリテーション病院は、福祉施設や他の医療圏との連携強化を図るべきではないか。

(2) どのような機能を有するべきか

② 地域における回復期リハビリテーションの受け皿（在宅支援に係る医療機関数）

- 医療圏別に見ると、県央地域は人口に対する在宅支援に係る医療機関数が少ない。



出典) 地域医療情報システム (日本医師会)

⇒ 神奈川リハビリテーション病院は、在宅支援について積極的に取り組む必要があるのではないか。

(2) どのような機能を有するべきか

② 地域における回復期リハビリテーションの受け皿（地域支援の内容）

- 地域リハビリテーション支援センターでは、専門相談や研修を主に実施しており、地域の在宅支援のニーズに対する連携・支援が少ない。

〈R5地域リハビリテーション支援センター 事業内容〉

	内容	件数・回数
相談	リハビリテーション専門相談等	272
	高次脳機能障害個別相談等	275
研修	リハビリテーション専門研修等	19
	高次脳機能障害セミナー等	12

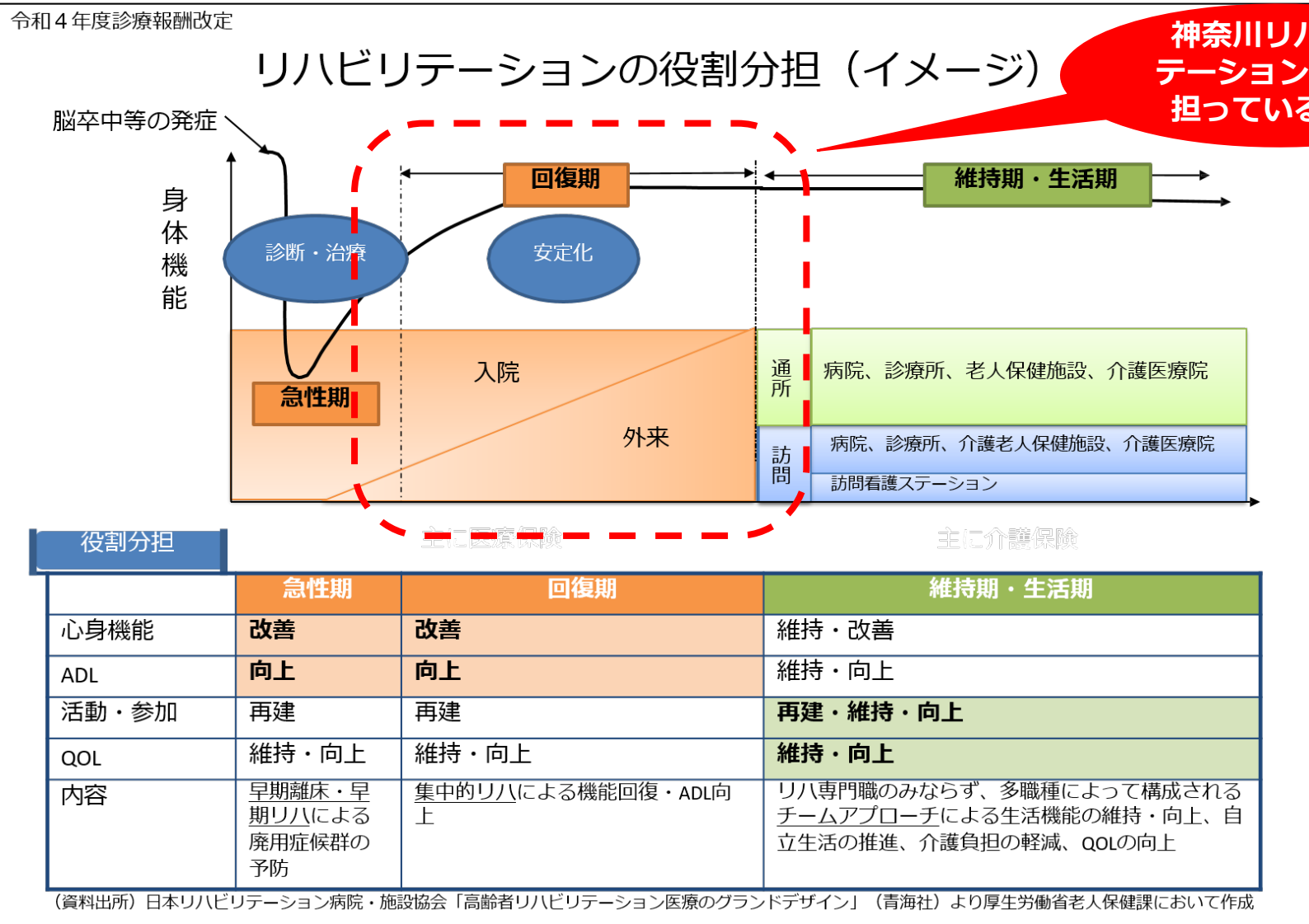
※地域リハビリテーション支援関連活動や高次脳機能障害支援普及事業の普及啓発事業は除く

〈R5神奈川リハビリテーション病院 実績〉

	内容	件数
介護支援等 連携指導料	医師又は医師の指示を受けた看護師、社会福祉士等が介護支援専門員又は相談支援専門員と共同して、患者の心身の状態等を踏まえて導入が望ましい介護サービス又は障害福祉サービス等や退院後に利用可能な介護サービス又は障害福祉サービス等について説明及び指導を行った場合に算定	16
地域連携診療 計画加算	・ 疾病や患者の状態等に応じた地域連携診療計画が作成され、連携保険医療機関等と共有 ・ 地域連携診療計画に係る情報交換のための面会、情報の共有、地域連携診療計画の評価と見直し	23

- ⇒ 神奈川リハビリテーション病院は、地域の在宅医療・介護との連携・支援を積極的に進めていくべきではないか。
- ⇒ 神奈川リハビリテーション病院は、在宅復帰後の患者への支援を強化するべきではないか。

リハビリテーションの役割分担



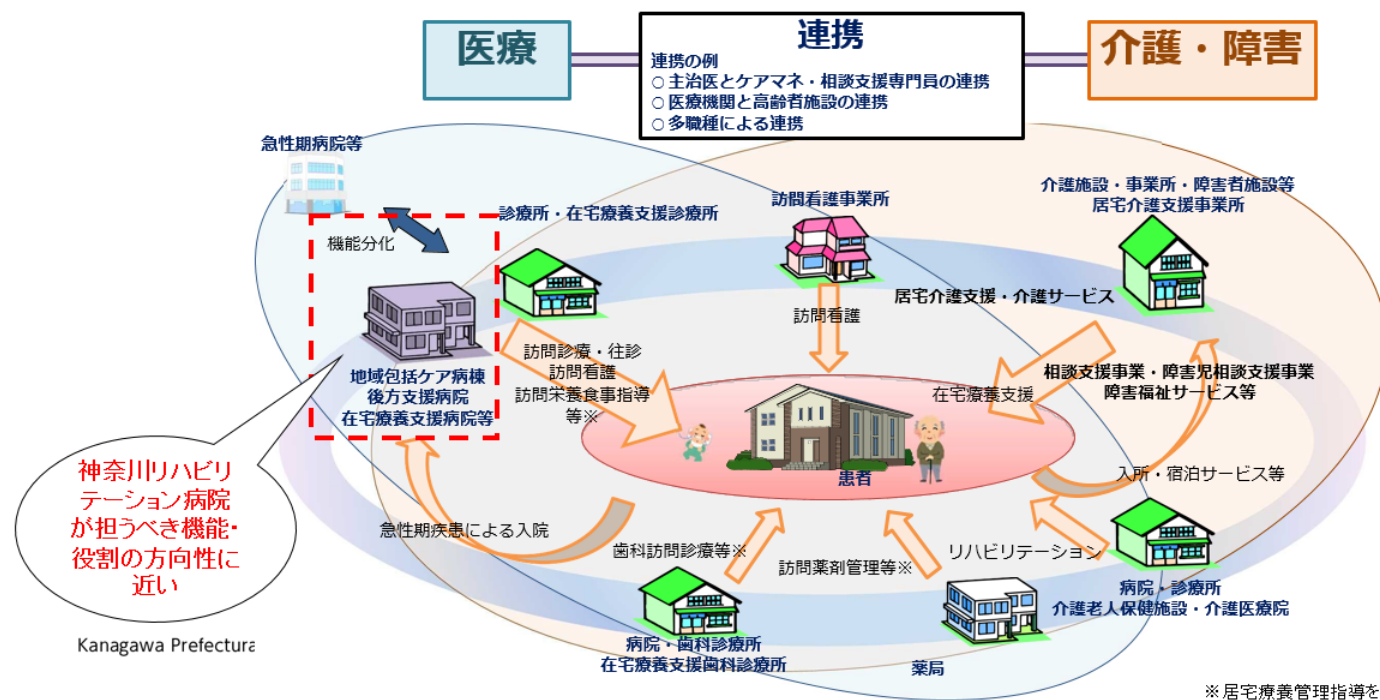
機能面から見た考えられる役割

- 地域包括ケアシステムにおいて、急性期病院等とその後方支援を行う病院とで機能分化を図っている。
- 神奈川リハビリテーション病院の機能から役割としては後方支援病院の方向性に近い。

令和6年度診療報酬改定 II-8 質の高い在宅医療・訪問看護の確保

地域包括ケアシステムにおける在宅医療（イメージ）

- 在宅医療は、高齢になっても、病気や障害の有無にかかわらず、住み慣れた地域で自分らしい生活を続けられるよう、入院医療や外来医療、介護、福祉サービスと相互に補完しながら、患者の日常生活を支える医療であり、地域包括ケアシステムの不可欠な構成要素である。



**将来的には地域包括ケア
病棟等も視野に入れた体
制整備が必要ではないか。**

参考 地域包括ケア病棟等との比較

神奈川リハビリテーション病院と地域包括医療病棟及び地域包括ケア病棟の機能の比較

	神奈川リハビリテーション病院	地域包括医療病棟	地域包括ケア病棟入院料 1
病棟の趣旨	一般病棟 回復期病棟 障害者病棟	高齢者急性期を主な対象患者として、治す医療とともに同時に支える医療（リハビリ等）を提供することで、より早期の在宅復帰を可能とする。	① 急性期治療を経過した患者の受け入れ。 ② 在宅で療養を行っている患者等の受け入れ ③ 在宅復帰支援
看護配置	一般病棟 15 : 1 回復期病棟 13 : 1 障害者病棟 10 : 1	10対1以上	13対1以上
重症度、医療・看護必要度の基準	R5年度 看護必要度加算(Ⅰ)(Ⅱ)(Ⅲ) の算定実績無し	・「A 2点以上かつB 3点以上」、「A 3点以上」、「C 1点以上」のいずれかに該当する患者割合が16%以上（必要度Ⅰ）又は15%以上（必要度Ⅱ） ・入棟初日にB 3点以上の患者割合が50%以上	・「A 1点以上又はC 1点以上」に該当する患者割合が10%以上（必要度Ⅰ）又は8%以上（必要度Ⅱ）
在院日数	平均在院日数 全病棟平均67.4日 最短40.0日(4B)最長110.8日(3F)	平均在院日数 21日以内	60日まで算定可能
救急医療体制	救急告示病院の認定無し	24時間救急搬送を受け入れられる体制を構築していること 画像検査、血液学的検査等の24時間体制 救急医療管理加算等による評価	二次救急医療機関又は救急告示病院 ※ 200床未満の病院の場合は救急医療の体制 ※ 一般病床の場合
救急実績	令和5年度救急搬送 22人	緊急入院割合:緊急入院直接入棟 1割5分以上	自宅等からの緊急患者の受け入れ 3月で9人以上
リハビリ	リハビリテーション部 PT 56人 OT 35人 ST 10人	PT、OT又はST 2名以上の配置、ADLに係る実績要件	PT、OT又はST 1名以上の配置
在宅復帰率	95.9%（回復期）	80%以上 （分子に回リハ病棟等への退院を含む）	72.5%以上 （分子に回リハ病棟等への退院を含まない）

- 救急告示医療機関の認定について
救急告示医療機関とは
- ・ 救急隊が搬送する傷病者の収容及び治療を行う医療機関
 - ・ 救急病院等を定める省令に基づいて知事が認定し、告示。
 - ・ 認定期間は3年で更新制。

救急告示医療機関の条件（厚生省令基準）

- ・ 救急医療について相当の知識及び経験を有する医師が常時診療に従事していること。
- ・ エックス線装置、心電計、輸血及び輸液のための設備
その他救急医療を行うために必要な施設及び設備を有すること。
- ・ 救急隊による傷病者の搬送に容易な場所に所在しかつ傷病者の搬入に適した構造設備を有すること。
- ・ 救急医療を要する傷病者のための専用病床又は当該傷病者のために優先的に使用される病床を有すること。

⇒ 現状の神奈川リハビリテーション病院の体制でも一定程度対応は可能

出典）R6.3.5 厚生労働省保健局医療課 令和6年度診療報酬改定の概要（一部加筆）

参考 病棟のイメージ（地域包括医療病棟）

令和6年度診療報酬改定 II-2 生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組-① 等

地域包括医療病棟① 病棟のイメージ

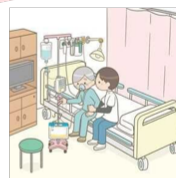
背景

- 高齢者の人口増加に伴い、**高齢者の救急搬送者数が増加**し、中でも**軽症・中等症が増加**している。
- 急性期病棟に入院した高齢者の一部は、**急性期の治療を受けている間に離床が進まず、ADLが低下し、急性期から回復期に転院**することになり、**在宅復帰が遅くなるケース**があることが報告されている。
- 高齢者の入院患者においては、医療資源投入量の少ない傾向にある誤嚥性肺炎や尿路感染といった疾患が多い。
（高度急性期を担う病院とは医療資源投入量が**ミスマッチとなる可能性**）
- 誤嚥性肺炎患者に対し**早期にリハビリテーション**を実施することは、**死亡率の低下とADLの改善**につながる
ことが示されている
- 入院時、高齢患者の一定割合が**低栄養リスク状態又は低栄養**である。また、**高齢入院患者の栄養状態不良と
予後不良は関連**がみられる。

地域包括医療病棟における医療サービスのイメージ



救急患者を受け入れる体制を整備



一定の医療資源を投入し、急性期を速やかに離脱



早期の退院に向け、リハビリ、栄養管理等を提供



退院に向けた支援
適切な意思決定支援



早期の在宅復帰
在宅医療、介護との連携



10対1の看護配置に加えて、療法士、管理栄養士、看護補助者（介護福祉士含む）による高齢者医療に必要な多職種配置

包括的に提供

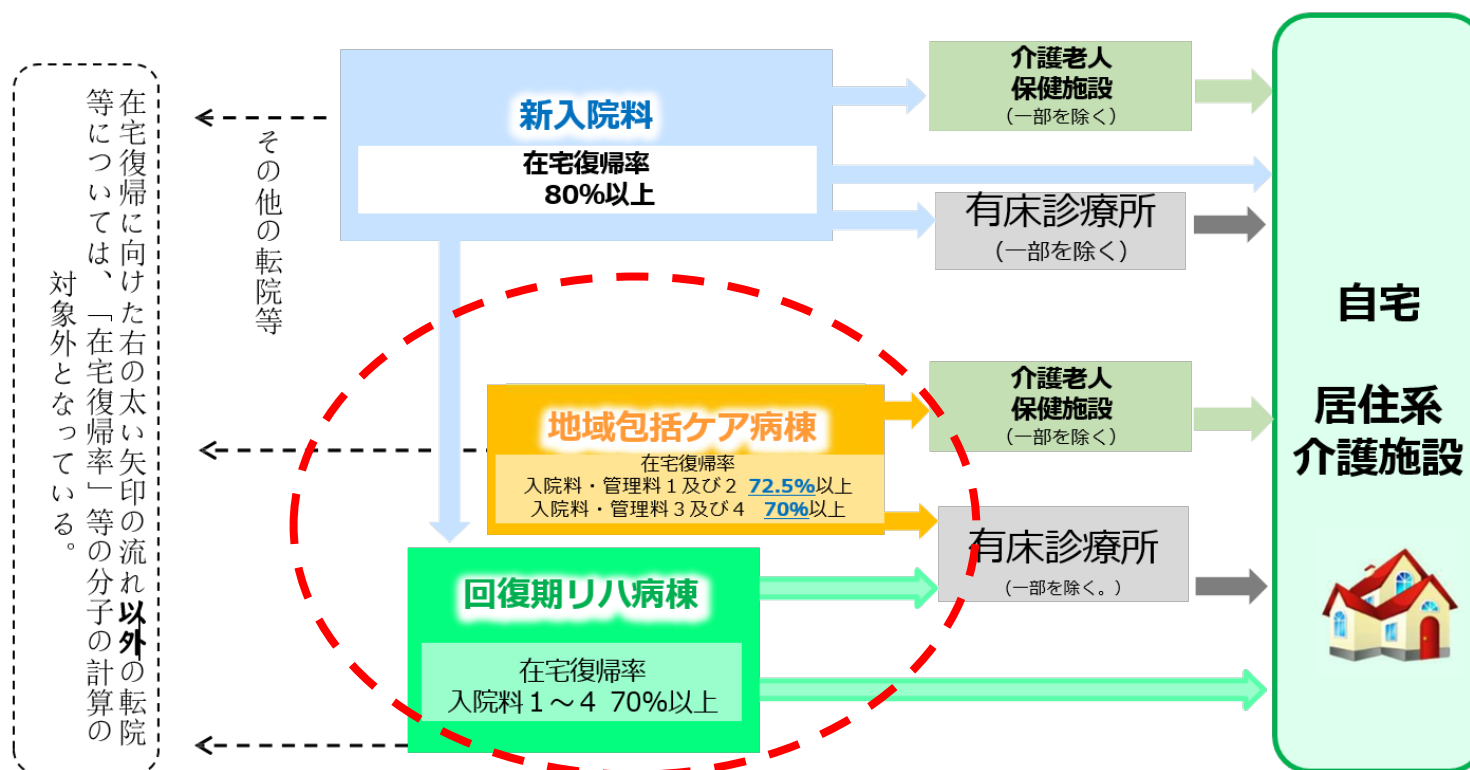
参考 在宅復帰率（地域包括医療病棟）

令和6年度診療報酬改定 II-2 生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組-① 等

地域包括医療病棟における在宅復帰率

- 地域包括医療病棟における「在宅復帰」機能においては、当該病棟が「治し、支える」機能を持ち「早期に生活の場に復帰させる」ことが想定されることがや運動器疾患や脳血管障害等の急性疾患への対応も実践することを想定し、以下のように定義とした。

各病棟ごとの在宅復帰率の算出にあたって、**在宅復帰に含まれる退院・転院を、太い矢印（）で示す**



(2) どのような機能を有するべきか

② 地域における回復期リハビリテーションの受け皿（まとめ）

【今後の方向性（事務局案）】

- 引き続き後方支援的な役割を担っていくべきか。
- 紹介元は医療機関がほとんどのため、今後は福祉施設との連携強化を図るべきではないか。
- 在宅支援について積極的に取り組む必要があるのではないか。
- 地域の在宅医療・介護との連携・支援を積極的に進めていくべきではないか。
- 在宅復帰後の患者への支援を強化するべきではないか。
- 国の動向等を踏まえ、地域包括医療病棟や地域包括ケア病棟等に準じた機能の強化を進めていくべきではないか。

説明は以上です。