

地域包括ケア推進病棟協会・回復期リハビリテーション病棟協会 第7回合同シンポジウム
2月20日～3月6日

「2026年診療報酬改定を踏まえた地域包括ケア病棟と回復期リハビリテーション病棟の
リハビリテーションのあり方」

シンポジウム

回復期リハビリテーション病棟協会企画

講演②

やわたメディカルセンター リハビリテーション技師部
部長 理学療法士
後藤伸介（ごとう しんすけ）

【略歴】

特定医療法人社団勝木会 やわたメディカルセンター
リハビリテーション技師部 部長 在宅サービス部 部長
理事（2015年6月～）

公益財団法人 北陸体力科学研究所 理事（2016年6月～）
（評議員：2010年6月～2015年6月）

1987年 金沢大学医療技術短期大学部 理学療法学科 卒業
（2002年 放送大学 教養学部 卒業）

1987年 リハビリテーション加賀八幡温泉病院（現やわたメディカルセンター）
理学療法士

1995年 同 理学療法課 課長
1999年 同 リハビリテーション技師部 部長
在宅医療福祉部 部長を兼任（～2001年）
2014年 特定医療法人社団勝木会 法人事務局 在宅統括部 部長を兼任（～2018年）
2016年 公益財団法人 北陸体力科学研究所 企画開発部 部長を兼任（～2017年）
2018年 やわたメディカルセンター 在宅サービス部 部長を兼任

<資格>

理学療法士（1987）
回復期リハビリテーション病棟協会認定セラピストマネージャー（2012）
日本理学療法士協会 神経系専門理学療法士（2006）
介護支援専門員（2001） *未更新
福祉住環境コーディネーター2級

<主な役職歴>

一般社団法人 回復期リハビリテーション病棟協会 理事（2009～）
同 PT・OT・ST委員会 委員（2009～）
同 実態調査委員会（2005～2014） 保険・調査委員会 委員（2015～）
同 回復期リハビリテーションあり方委員会 委員（2016～2017）
公益社団法人 日本理学療法士協会 代議員（1997～1998、2009～2014）
公益社団法人 石川県理学療法士会 理事（1995～2014）、副会長（1999～2012）、事務局長（1997～2014）、相談役（2016～2022）、監事（2023～）
小松市地域リハビリテーション連絡会 幹事（2016～）

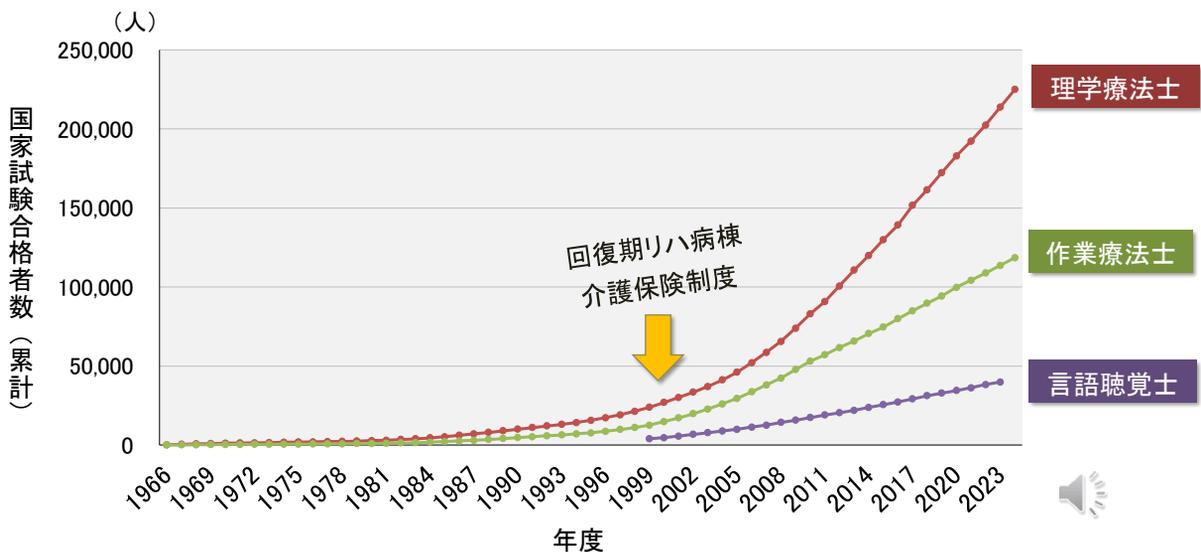
回復期リハビリテーション病棟協会の療法士の立場から

これからの入院リハビリテーションにおける 療法士のあり方 ～ 病棟専従療法士の役割を中心に ～

やわたメディカルセンター
リハビリテーション技師部、在宅サービス部
部長 後藤 伸介（理学療法士）

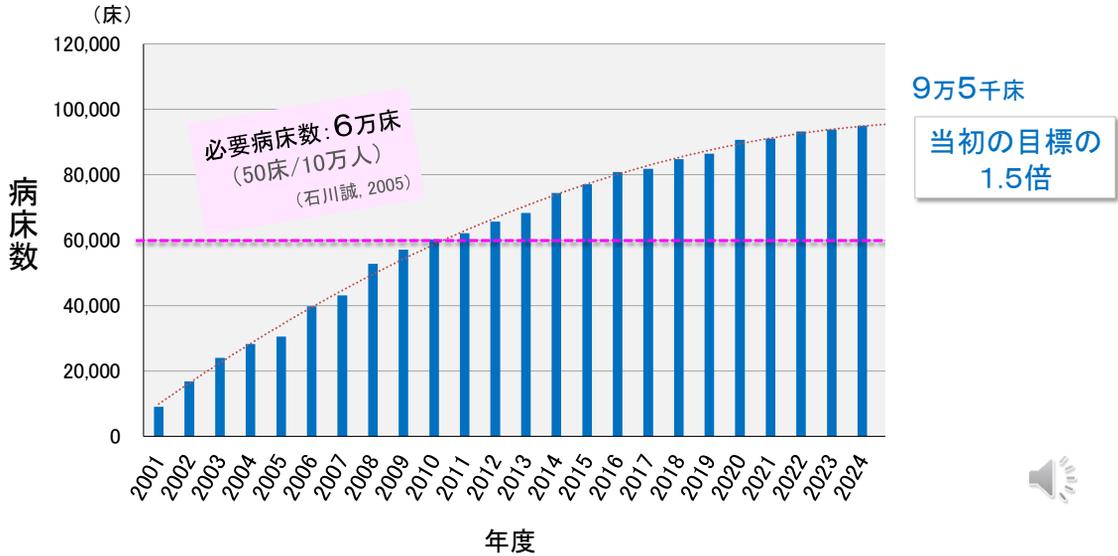
療法士数の推移

2000年度以降に急激に増加し、現在も増え続けている

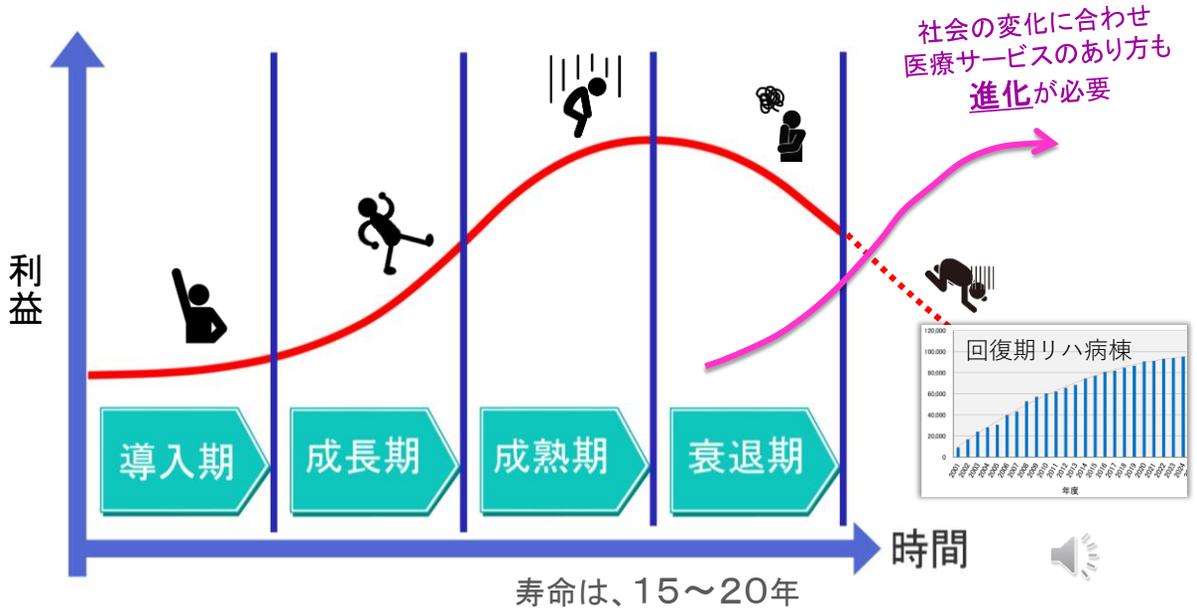


回復期リハビリテーション病棟 病床数の推移

増加ペースは緩やかになっているが、当初の目標数を大きく超えた現在も増え続けている



企業のライフサイクル



各病棟入院料における専従療法士の配置と業務内容の規定について

診調組 入-1
7.6.26改

- 地域包括医療病棟、地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟の施設基準においては、専従常勤の療法士数が規定されており、かつ疾患別リハビリテーションを担当する専従者と兼務はできないとされている。
- しかし、専従の療法士が病棟において疾患別リハビリテーションと別に行う業務については、地域包括医療病棟以外では明記されていない。

	急性期一般入院料1 【リハ・栄養・口腔連携体制加算】	地域包括医療病棟入院料 【リハ・栄養・口腔連携加算】	地ケア病棟入院料1	回復期リハ病棟入院料1	療養病棟入院料1
PTの病棟配置	-	専従常勤のPT/OT/STが2名以上、又は、専従常勤のPT/OT/STが1名以上かつ専従常勤のPT/OT/STが1名以上	専従常勤のPT/OT/STのいずれかが1名以上	専従常勤3名以上 専従常勤2名以上 専従常勤1名以上	-
OTの病棟配置	-	専従常勤のPT/OT/STのいずれかが2名以上	専従常勤のPT/OT/STのいずれかが1名以上		
STの病棟配置	-	専従常勤のPT/OT/STが1名以上			
疾患別リハと病棟配置の兼務	【疾患別リハ料に規定する専従者との兼務はできない※1】	疾患別リハ料に規定する専従者との兼務はできない※1	疾患別リハを担当する専従者との兼務はできない	疾患別リハ料に規定する専従者との兼務はできない※1	
病棟配置の療法士による業務内容の規定	【全ての入院患者に対するADLの維持、向上等を目的とした指導を行う】 【専従の療法士は9単位を超える疾患別リハの算定は不可】	【全ての入院患者に対するADLの維持、向上等を目的とした指導を行う】 【専従の療法士は、6単位を超える疾患別リハの算定は不可】	業務の規定なし	業務の規定なし	制限された業務はあるが、実施すべきことは明確でない
休日リハ	【土日祝における疾患別リハ提供単位数が平日の8割以上】	【土日祝における疾患別リハ提供単位数が平日の8割以上】		週7日間提供できる体制を有していること	
疾患別リハ編出の要否	-	脳血管、運動器	心大血管、脳血管、廃用、運動器、呼吸器、がんのいずれか	心大血管、脳血管、運動器、呼吸器のいずれか	-
疾患別リハの算定方法	出来高		包括 (必要者に平均2単位以上)	出来高	出来高 (2単位を超えるリハは包括※2)
疾患別リハの配置要件 (疾患別リハの療法士の業務規定)	(例) 脳血管		PT5名以上、専従常勤のOT3名以上、言語聴覚療法を行う場合は専従常勤のST1名以上 リハビリテーション科における常勤療法士との兼任は可能		
			1日18単位標準・24単位上限、週108単位まで		

専従者の役割が規定されている!



専従療法士

制限された業務はあるが、実施すべきことは明確でない



※1 疾患別リハビリテーションの施設基準に基づく。

※2 特掲診療料の施設基準等(平成20年厚生労働省告示第63号)別表第九の三に規定する脳血管疾患等の患者であって発症後60日以内のものに対して行ったものを除く。

A233 リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算 120点/日(14日間)

1. 目的

急性期病棟の患者のADL維持・向上等のための早期離床や経口摂取等の支援を多職種で行う

2. 職種

医師(研修修了)、看護師、専従の理学療法士等(2名以上)、専任の管理栄養士等(1名以上)

3. 療法士の業務

● ADL維持、向上等の指導 * 専従の理学療法士等: 1日 9単位に制限

- ・入棟3日以内の疾患別リハビリテーションの実施患者 8割以上
- ・土日祝日の疾患別リハビリテーション単位数 平日の8割以上
- ・ADL低下率 3%未満

4. 多職種による業務

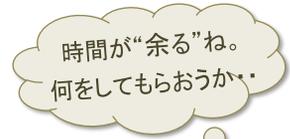
● ADL、栄養状態、口腔状態の評価と計画

(入棟後 48 時間以内の実施と定期評価)

● 定期的なカンファレンス

- ・退棟先の環境、退棟後のリスク
- ・転倒リスク、転倒防止対策
- ・患者の機能予後、要望(活動、社会参加等)

● 口腔ケアと歯科医師等との連携



療法士が関与している病棟業務

病棟専従の療法士の介入事例 資料編 入-1
7. 9. 26版

○ リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算における病棟専従の療法士は、疾患別リハビリテーションのほか、場面に応じた短時間のADLや生活機能の維持・向上等を目的とした指導や、看護職員の業務としても実施される体重測定や環境調整といった業務を、療法士としての観点から行っている事例がある。

ADL維持向上を目的とした指導
これまでの疾患別リハでは20分など時間の縛りがあり、20分に満たない活動の対応は困難であった



Activityの提案



ポジショニング



病床での体重測定

孤立リハへの介入 (後重指導、人材育成)



活動促進のための環境調整
(部屋の外の景色の良いところに椅子を配置)



入浴方法の検討・指導



自主練習の個別指導

患者の状態に合わせて疾患別リハと組み合わせることで、効果的・効率的な介入が可能となる

藤田医科大学 提供資料より

各専門職が関与している病棟業務の状況 資料編 入-2
7. 9. 13版

○ 病棟業務の多職種連携に関する調査において各専門職が関与している業務と、その結果を踏まえ想定されるメリットは以下のとおり。

職種	関与している業務	想定されるメリット
薬剤師	<ul style="list-style-type: none"> 投薬確認・処方依頼・セット 薬剤の準備・モニタリング 	薬学専門性に基づく服用薬剤情報の取扱いにより、薬物治療の精度向上、副作用や相互作用のリスクの軽減、薬剤性を踏まえた投与の効率化を実現できる。更に、病棟薬剤管理や無効的処理により安全性が向上する。
理学療法士 作業療法士 言語聴覚士	<ul style="list-style-type: none"> ADL、摂食・嚥下状態のスクリーニングや評価、計画作成 生活機能の回復支援 (排泄、食事、離床) 食事介助、口腔ケア 	病棟でのADL・生活機能動作について、療法士が専門的視点に基づいて評価、指導を行うことで生活機能の回復を促進できる。
管理栄養士	<ul style="list-style-type: none"> 栄養状態のスクリーニングや評価、計画作成 食形態や経腸栄養剤の検討 ニールラウンドや食事変更の調整 栄養指導や食事に関する相談対応 	病的な食事摂取量の把握や食欲等の聞き取りにより、患者の状態に応じた適切な食事変更や相談対応ができる。
臨床検査技師	<ul style="list-style-type: none"> 検査の準備や実施 検査に関する患者への説明 	早期で必要時の生理検査・検査検査の実施、医師の臨床的指示による検査結果の確認により、その検査結果等を遅滞なく適切に実施できる。適切な検査手段により、検査再採取率が減少する。

理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が関与している業務

- ADL、摂食・嚥下状態のスクリーニングや評価、計画作成
- 生活機能の回復支援 (排泄、食事、離床)
- 食事介助、口腔ケア**



「療養上の世話」とは

「診療の補助」とともに保健師助産師看護師法に規定された看護師・准看護師の業務である。

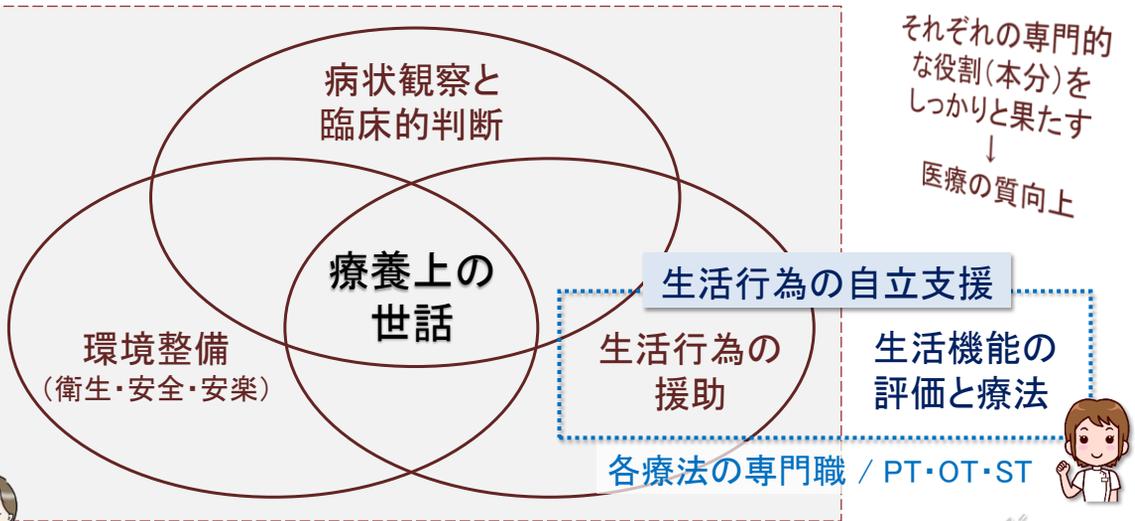
療養中の患者に対して、病状の観察をしながら食事や排泄などの日常生活に対して援助することであり、看護師の臨床的判断により実施する。

引用：日本看護科学学会 ホームページ(一部改変)

看護師は「患者の生活の質を向上させるための療養生活支援の専門家」である。

療養上の世話を行う際には、医師の意見を求めるべきかどうか適切に判断できる能力や専門性を養っていくことが重要である。

「療養上の世話」と専門療法の関係



看護学に基づく療養生活支援の専門職 / 看護師等



当院の急性期病棟における 病棟専従療法士の役割

～ リハビリテーション・栄養・口腔連携体制の効果 ～

入棟・退棟時の ADL 評価



多職種での ケア計画の検討



包括的・疾患別リハビリテーション



定期カンファレンス

A233 リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算 120点/日(14日間)

1. 目的

急性期病棟の患者のADL維持、向上等のための早期離床や経口摂取等

役割を意識させるための名称

2. 職種

医師(研修修了)、看護師、専従の理学療法士等(2名以上)、専任の管理栄養士等(1名以上)

ADLコーディネーター

3. 療法士の業務

- ADL維持、向上等の指導 * 専従の理学療法士等: 1日 9単位に制限
 - ・入棟3日以内の疾患別リハビリテーションの実施患者 8割以上
 - ・土日祝日の疾患別リハビリテーション単位数 平日の8割以上
 - ・ADL低下率 3%未満

4. 多職種による業務

- ADL、栄養状態、口腔状態の評価と計画
(入棟後 48 時間以内の実施と定期評価)
- 定期的なカンファレンス ・退棟先の環境、退棟後のリスク
 - ・転倒リスク、転倒防止対策
 - ・患者の機能予後、要望(活動、社会参加等)
- 口腔ケアと歯科医師等との連携

2025年7月～
地域包括医療療養棟に転換し
リハ栄養口腔連携加算として
実施

疾患別リハ担当療法士とADLコーディネーターの役割の違い



ADLコーディネーターの入院時業務

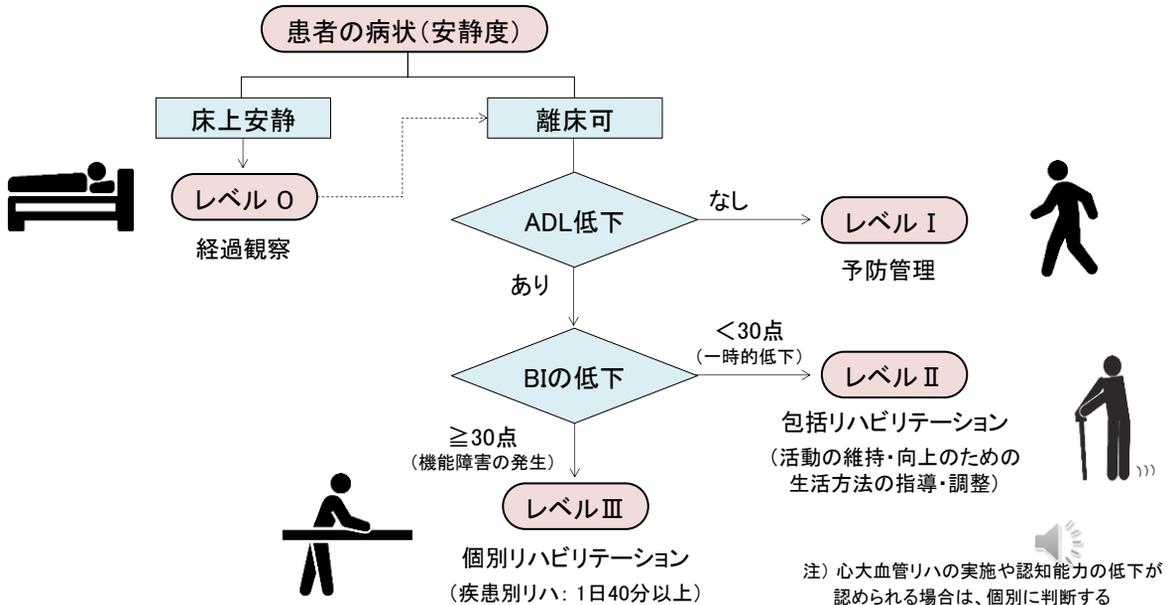
入院 1~2日目

2日目~

- ① 患者情報の確認
(氏名、年齢、要介護度、疾患名、病歴等)
* 下腿周径測定は、看護師が実施
- ② ADL実行状況の評価 (Barthel Index)
* 観察または情報収集
- ③ 自立支援、転倒防止等のための環境調整
- ④ リハ必要度(レベル0~Ⅲ)の判定
- ⑤ リハ計画書の作成
* 疾患別リハが必要な場合は、主治医に相談する。

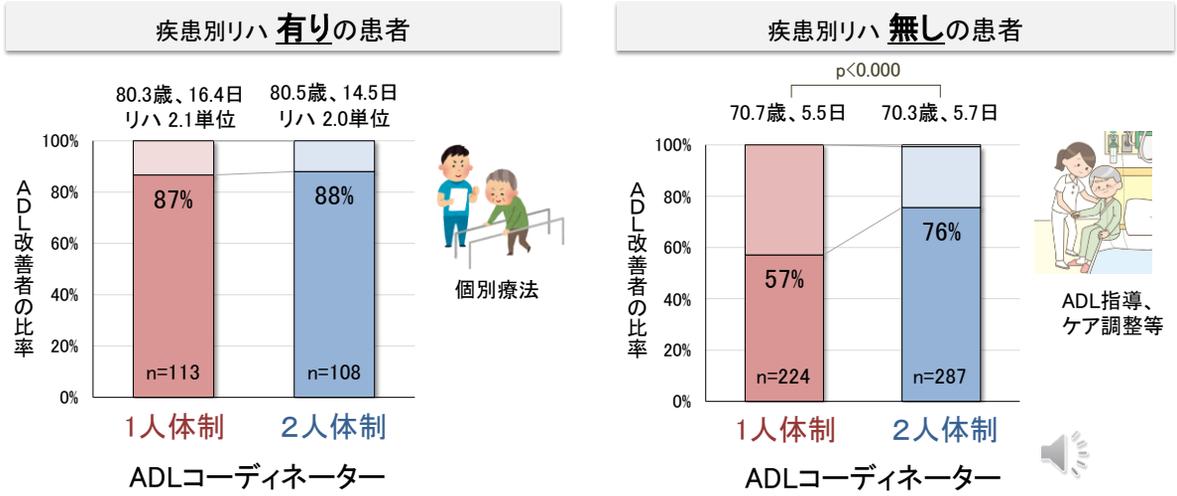
- ① リハ必要度に応じた介入
 - ・レベル0 経過観察
 - ・レベルⅠ 予防管理(適宜)
 - ・レベルⅡ 包括リハビリテーション
 - ・レベルⅢ 個別リハビリテーション
- ② 補足評価と、医師・看護師等との情報共有
カンファレンス等 
- ③ 退院支援
在宅生活に向けた課題抽出と対応・調整
家族等への情報提供や助言 

リハビリテーション必要度の判定フロー



ADLコーディネーター増員による ADL改善の効果

- ・対象者 急性期一般病棟の循環器・呼吸器・消化器疾患の患者
- ・評価指標 入院時に対する退院時のBarthel Indexの変化



後藤伸介・他. 理学療法士の病棟専従体制が急性期患者のADL維持・向上に及ぼす影響. 総合リハ 53(9). 929-35. 2025

A233 リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算 120点/日(14日間)

1. 目的

急性期病棟の患者のADL維持、向上等のための早期離床や経口摂取等

2. 職種

医師(研修修了)、看護師、**専従の理学療法士等(2名以上)**、専任の管理栄養士等(1名以上)

ADLコーディネーター

3. 療法士の業務

- ADL維持、向上等の**指導** * 専従の理学療法士等: 1日 **9単位に制限**
 - ・入棟3日以内の疾患別リハビリテーションの実施患者 8割以上
 - ・土日祝日の疾患別リハビリテーション単位数 平日の8割以上
 - ・ADL低下率 3%未満

4. 多職種による業務

- **ADL、栄養状態、口腔状態の評価と計画**
(入棟後 48 時間以内の実施と定期評価)
- 定期的な**カンファレンス**
 - ・退棟先の**環境、退棟後のリスク**
 - ・転倒リスク、転倒防止対策
 - ・患者の**機能予後、要望(活動、社会参加等)**
- 口腔ケアと歯科医師等との連携

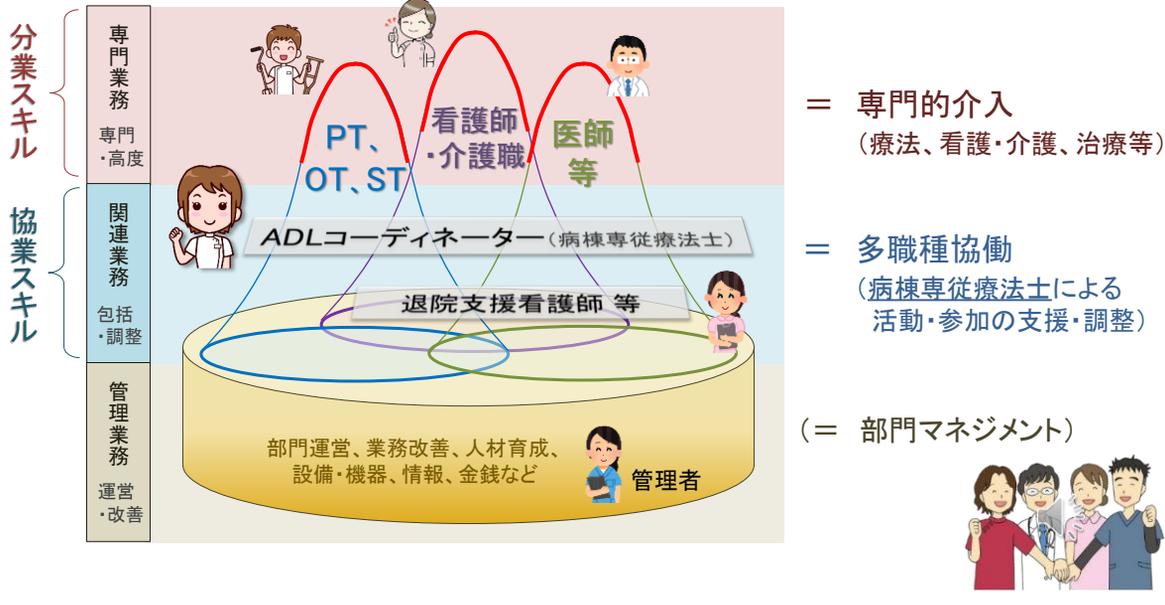
個別療法以外の業務内容

チーム力の向上

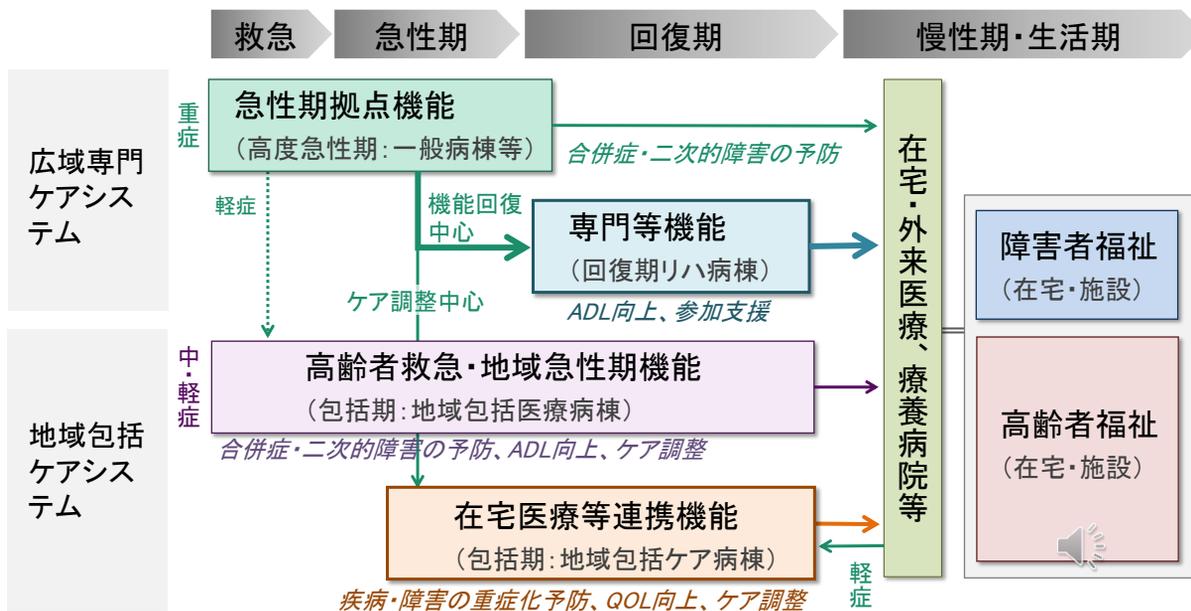
効果的なケアによる
重度化予防と自立支援

療法士による
ケアの代行ではない!

多職種チームの連峰モデル



病院・病床機能の体系とADLコーディネーターの役割の違い（私見）



まとめ

1. この20年で回復期リハ病棟や療法士の数は急増したが、医療ニーズの変化に伴い、そのあり方も新たな段階を迎えている。
2. 急性期病棟等では、病棟専従療法士の業務内容が規定されているが、回復期リハ病棟では、その役割が明確でない。
3. 食事介助や口腔ケア等の「療養上の世話」を療法士が行っている実態があるが、それらを専従療法士の業務とすることは妥当とは言えません。
4. 専従療法士の業務は、入院早期にADLの実行状況、退院後を見据えた課題整理、転倒等のリスク等を評価し、その課題に対する包括的な計画を医師や看護師等と立案し、それに基づき患者を支援することである。
5. 専従療法士の役割の本質は、これらの業務によって障害を予防・管理し、環境・生活・ケア方法を調整し、退院を見据えた活動・参加を再建することであると考える。
6. 回復期リハ病棟にも、“チームケア向上”のための専従療法士の配置が必要であり、その実現により今まで以上のリハビリテーションの質向上が期待できると思われる。



認定セラピストマネジャー



ご清聴ありがとうございました。