

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

地域包括ケア推進病棟協会企画

講演②

HITO病院 リハビリテーション部 主任 理学療法士
藤川智広（ふじかわ ともひろ）

【略歴】

2005年3月 川崎医療福祉大学 卒業
2005年4月 医療法人財団博仁会 キナシ大林病院
2013年4月 社会医療法人石川記念会 HITO病院

（資格）

理学療法士、専門理学療法士（内部障害）、日本糖尿病療養指導士

2026年度診療報酬改定をふまえた 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在り方

社会医療法人石川記念会HITO病院
リハビリテーション部 藤川智広

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

COI 開示

発表者名： 藤川智広

**演題発表に関連し、開示すべきCOI 関係にある
企業などはありません。**

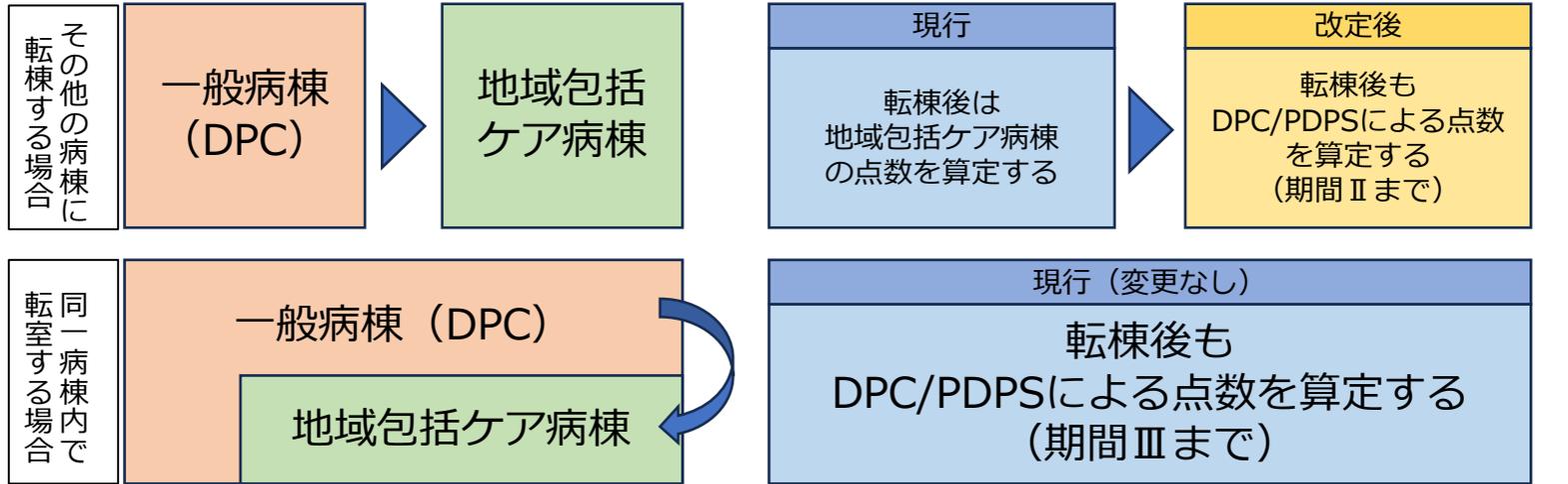
目次

- 1, 地域包括ケア病棟における診療報酬改定の歴史
- 2, 補完代替リハビリテーションについて
- 3, 「地域包括ケア病棟入棟後から生活期までのリハビリテーション効果に関する実態調査」の結果について
 - 1) 全患者調査ならびにBIデータ欠損なしの患者調査
 - (1) 入院の原因疾患と退院先
 - (2) 疾患別リハ毎のBI推移
 - 2) BIデータ欠損なしについての患者調査
 - (1) 入棟時BIの低値群と高値群の比較
 - (2) GLIM基準重症度とBIの推移
 - (3) 入棟経路別分析
 - (4) 包括介入の有無別分析
 - (5) 疾患別リハと包括介入のクロス表解析
- 4, 当院の取り組みについて（多職種協働、POCリハ）

地域包括ケア病棟（以下、地ケア病棟）：平成26年創設

- ◆急性期治療を経過した患者や在宅において療養を行っている患者の受け入れ，在宅復帰支援を行う機能を有し，地域包括ケアシステムを支える役割。
- ◆患者像：多彩な疾患・病態・病期の患者が多い。高齢虚弱“multimorbidity患者”。
- ◆疾患別・がん患者リハビリテーション（以下，リハ）は包括算定。

令和2年度診療報酬改定



※ほかの一般病棟の地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室に転室する場合も同様

令和6年度診療報酬改定

適切な在宅復帰支援の推進



入院期間に応じた評価体系として
41日以降の入院料を低減

地域包括ケア病棟の包括算定リハビリテーション

- ◆ 疾患別・がん患者のリハビリテーション治療: スケジュールと提供量(20分1単位)が管理されている。
- ◆ 補完代替のリハビリテーション治療: 包括算定を活かし、時間・単位・場所に縛られない。

- POC(Point of Care)※リハビリテーション治療
 - ① OT-POCリハビリテーション治療: 個別のADL訓練
 - ② PT-POCリハビリテーション治療: 個別の廃用・褥瘡予防と機能回復訓練
- 患者の傍らで、個別に短時間(20分未満/回)、状況に応じて「しているADL」を訓練する。
- 集団でのリハビリテーション治療
- 院内デイケア・デイサービス
- 自主練習指導
- 運動療法指導

※POC (Point of Care) : 「療養中の患者の傍ら」を表す

補完代替リハビリテーションは診療報酬上規定されていない
 地域包括ケア推進病棟協会独自のリハビリテーション治療

- 以下の出来高算定リハビリテーションは含まない
- 摂食機能療法
- 自院DPC病棟から転室・転棟して、DPCを算定している患者
 - 転室: 入院期間Ⅲまで
 - 転棟: 入院期間Ⅱまで(2020年度から)

- 補完代替リハビリテーション治療の注意点
 - ・主治医が包括的指示として処方
 - ・療法士が実施
 - ・リハビリテーション治療の記録(分単位)の記載が必要
 - ・療法士の勤務時間として計算
 - ・疾患別・がん患者リハビリテーション治療と同時実施は不可
 - ・1日平均2単位以上の疾患別・がん患者リハビリテーション治療には含まれない。

今回の報告では「包括介入」と表現

(●) POCリハ・集団リハ・院内デイ・自主練習・運動療法指導

疾患別・がん患者リハビリテーション 	あり	に加えて、(●) リハを受けている場合 	補完 リハビリテーション
	なし	の代わりに、(●) リハを受けている場合	代替 リハビリテーション

補完代替リハビリテーションは療法士が実施していること

結果 患者調査

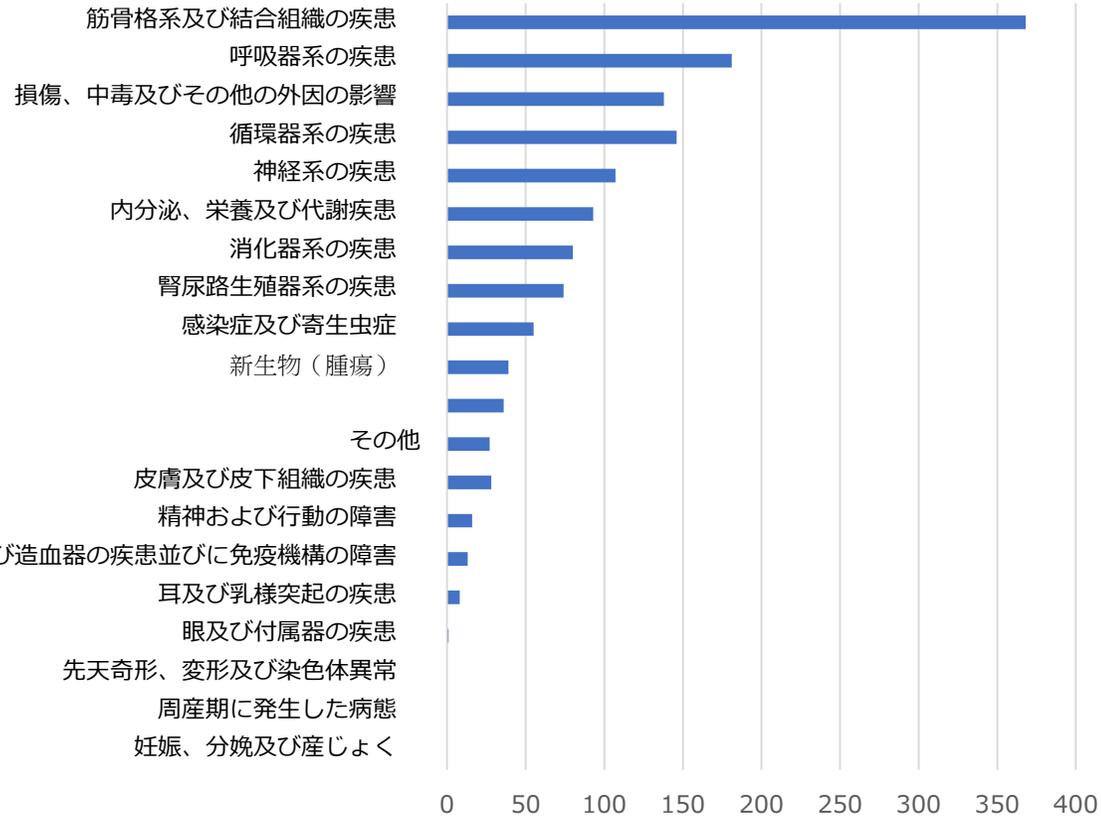
(地域包括ケア病棟入棟後から生活期までのリハビリテーション効果に関する実態調査より)

◆2024年度：42施設 病棟 3か月後調査：36施設 全データ：1464例

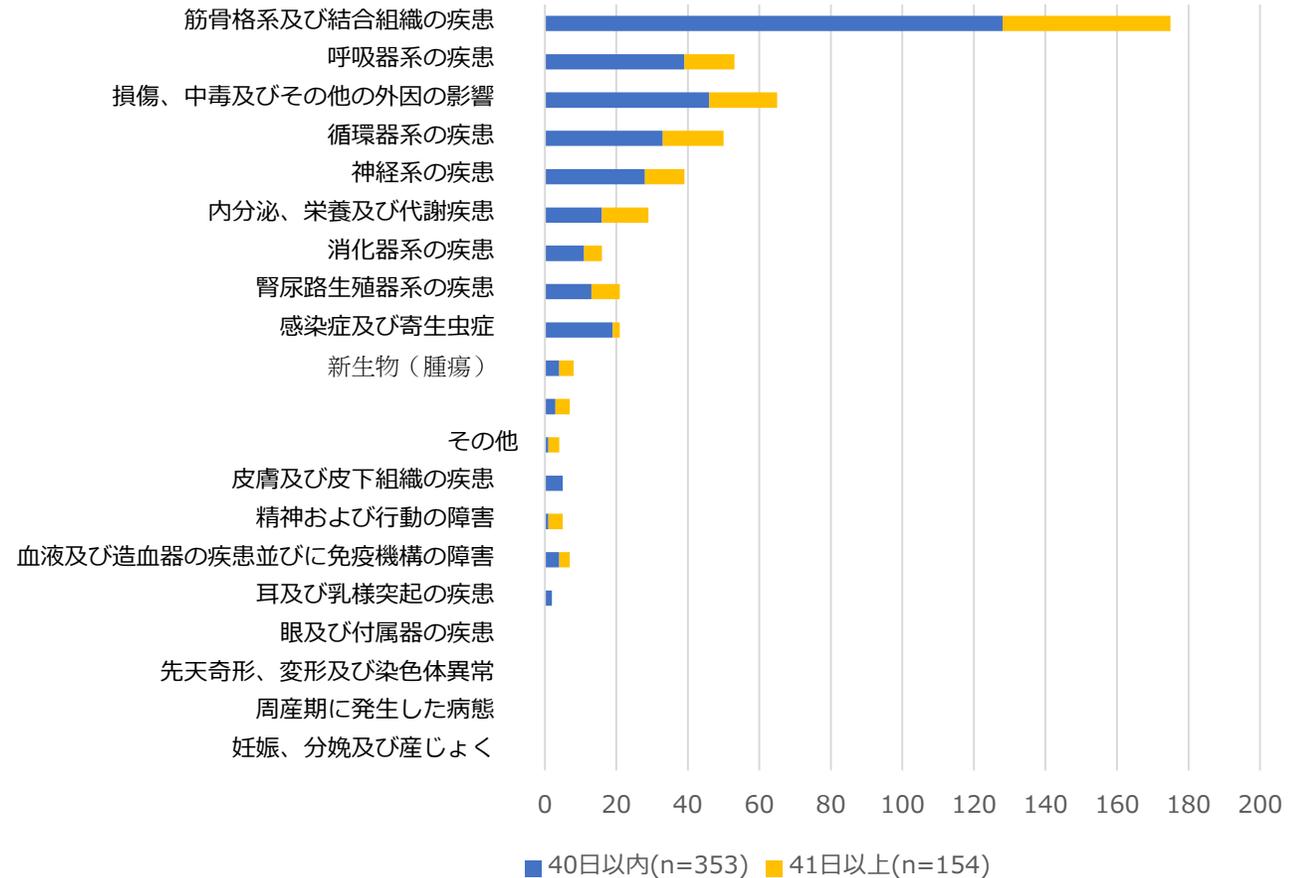
	全体 (エラー値除く)	全体のうち入棟時～ 退棟後3か月まで BIの欠損がない者	在棟日数40日以内	在棟日数41日以上
症例数	1414	514	360	154
平均年齢 (歳)	78.8±14.6	79.6±16.3	74.7±17.6	82.0±11.4
性別	男性578名(40.9%) 女性793名(56.1%) 無回答43名(3.0%)	男性219名(42.5%) 女性295名(57.3%) 無回答1名(0.2%)	男性155名(43.1%) 女性205名(56.9%) 無回答0名(0%)	男性64名(41.3%) 女性90名(58.1%) 無回答1名(0.6%)
平均在棟日数 (日)	30.6±21.2	29.2±20.5	17.8±11.2	55.5±10.6
平均院内他病棟 +地ケア病棟在棟日数 (日)	34.2±23.6	33.3±23.9	22.2±15.5	59.1±19.9
地ケア病棟入棟期間中 平均提供リハ量 (単位) ※明らかなエラー値 (9単位以上) を省く	2.1±1.5	2.6±1.6	2.5±1.8	2.2±1.2
疾患別・がん患者リハの 介入の有無 ※無回答を介入無と判断	有61.6% 無38.4%	有87.2% 無12.8%	有85.6% 無14.4%	有88.4% 無11.6%
包括介入の有無	有42.9% 無48.8% 無回答8.3%	有21.2% 無76.5% 無回答2.3%	有9.7% 無86.4% 無回答3.9%	有48.4% 無50.3% 無回答1.3%

入院の原因疾患

全体 (n=1414)

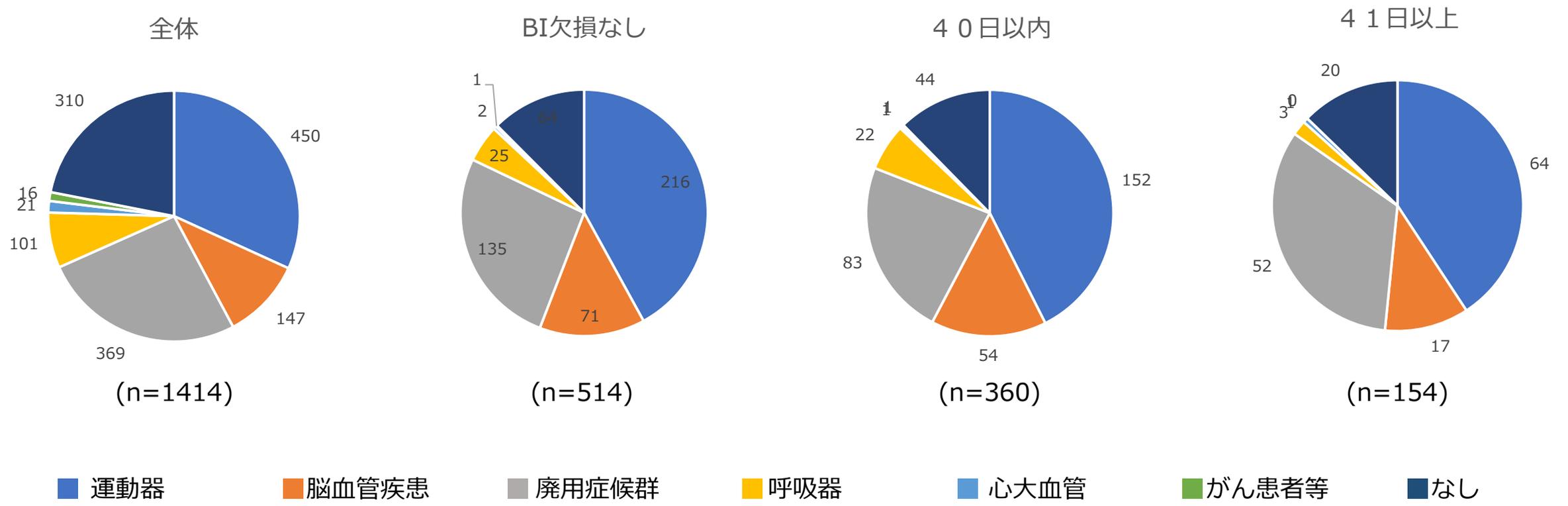


BIデータ欠損なし(n=514)



- 全体, BI欠損なしともに「筋骨格系および結合組織の疾患」が最も多い
- 40日以内と41日以上で傾向の違いはなし

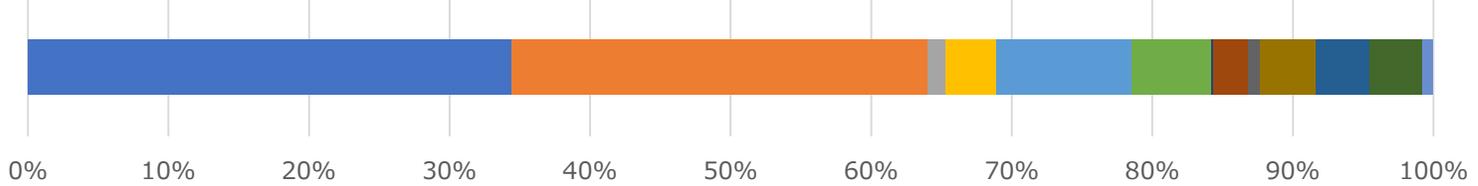
疾患別リハ種別



退院先

- 自宅（介護保険サービス利用なし）
- 自宅（介護保険サービス利用）
- 介護医療院
- 特別養護老人ホーム
- 高齢者向け住まい・施設
- 介護老人保健施設
- 障害者施設
- 院内他病棟
- 有床診療所
- 転院
- 転院・転棟（急変等）
- 死亡
- 無回答

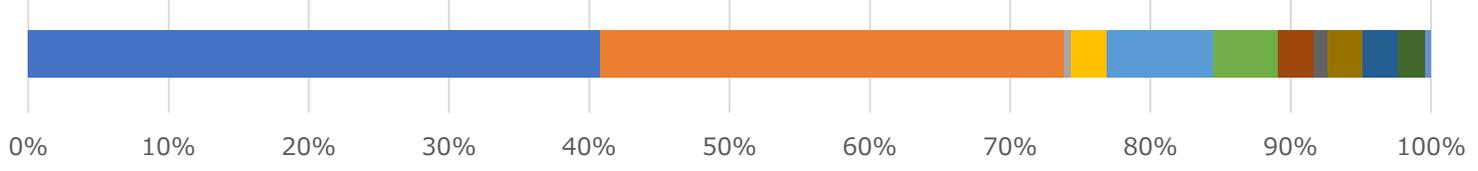
全体 (n=1414)



自宅復帰率：65.3%、在宅復帰率：84.3%

退棟後リハ実施予定有：37.3%、うち69.3%が実際にリハ実施

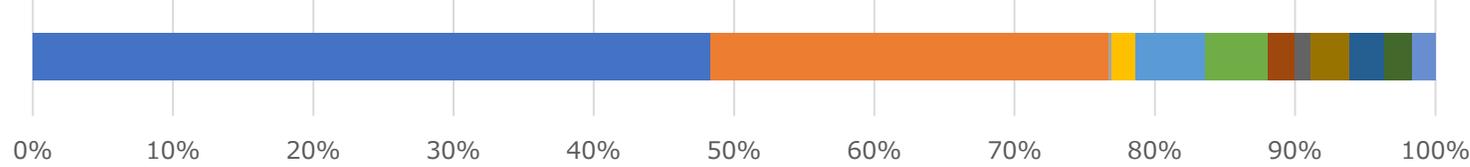
BI欠損なし(n=514)



自宅復帰率：74.4%、在宅復帰率：89.1%

退棟後リハ実施予定有：64.7%、うち88.3%が実際にリハ実施

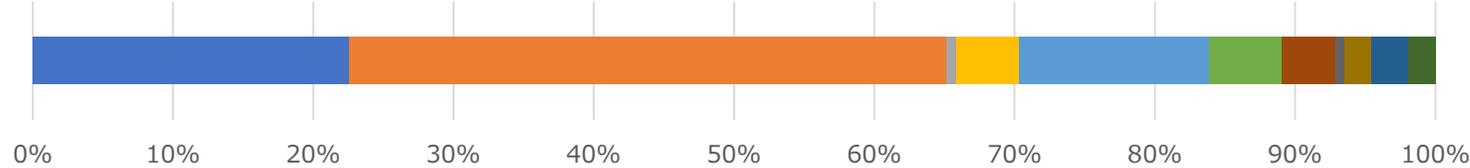
在棟40日以内(n=360)



自宅復帰率：77.0%、在宅復帰率：88.1%

退棟後リハ実施予定有：67.8%、うち90.2%が実際にリハ実施

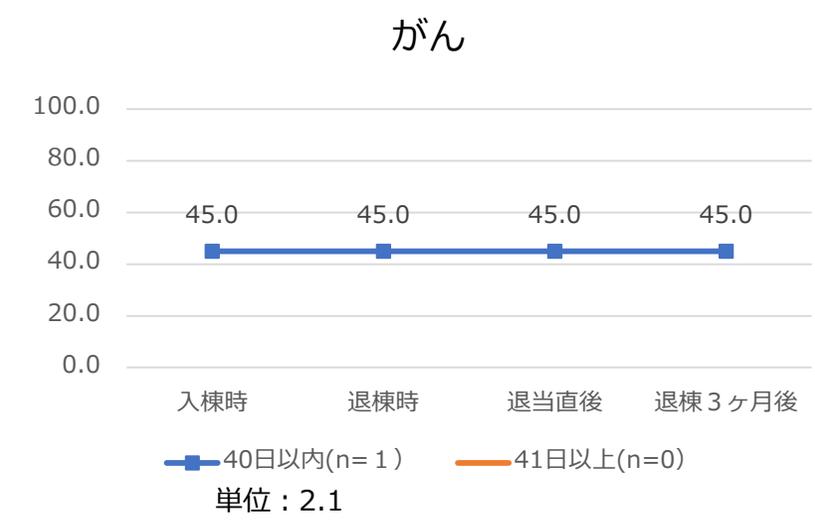
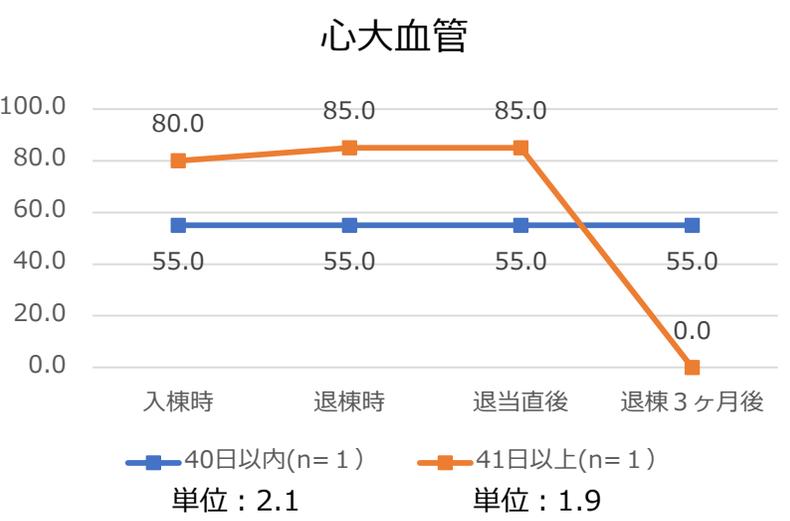
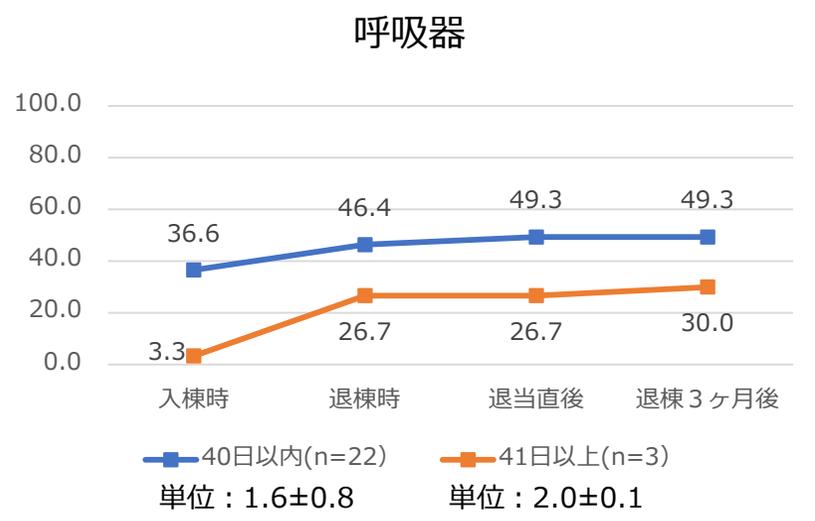
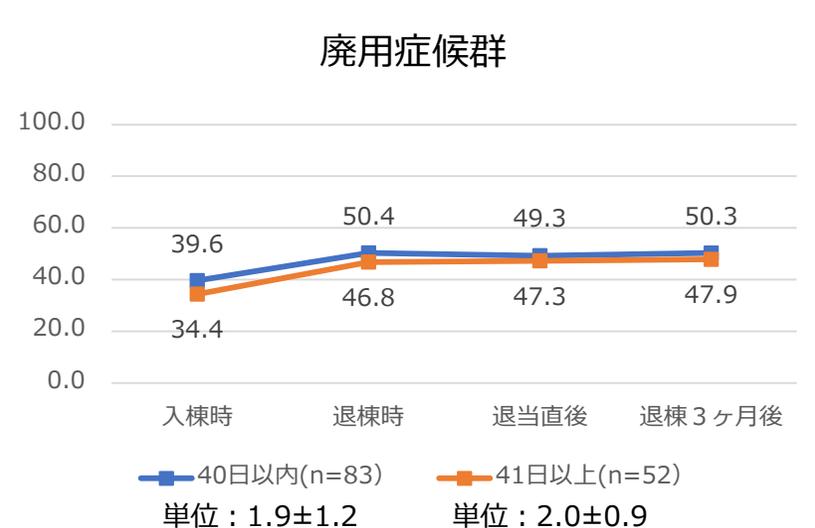
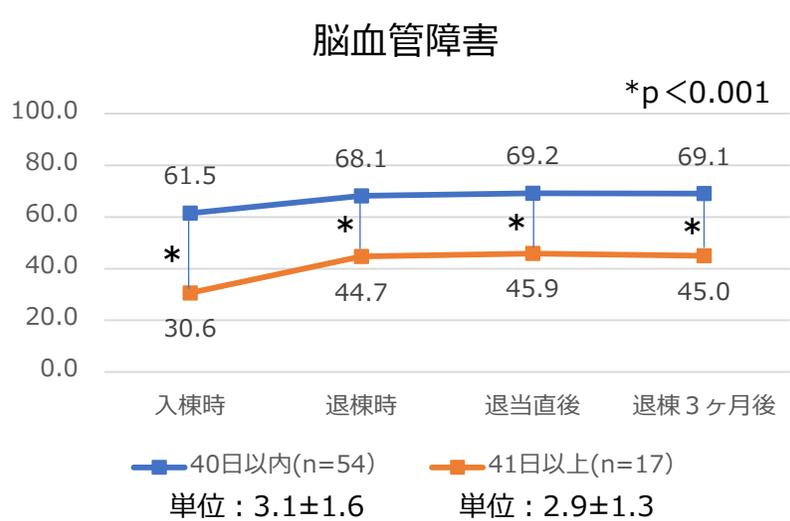
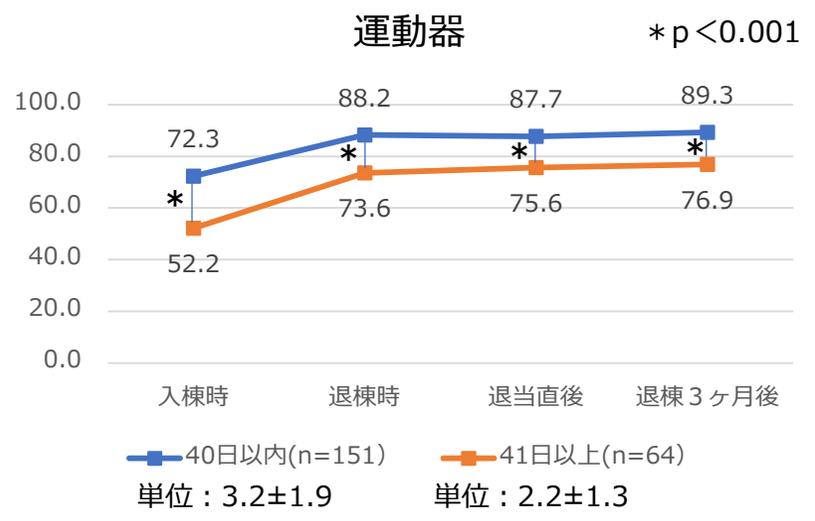
在棟41日以上(n=154)



自宅復帰率：65.8%、在宅復帰率：89.0%

退棟後リハ実施予定有：57.4%、うち83.1%が実際にリハ実施

入棟時から退棟後3か月までのBIの推移（疾患別リハ別）



運動器疾患・脳血管障害は、在棟40日以内の方が有意にBIが高い

※呼吸器、心大血管、がんは症例数の関係で未解析

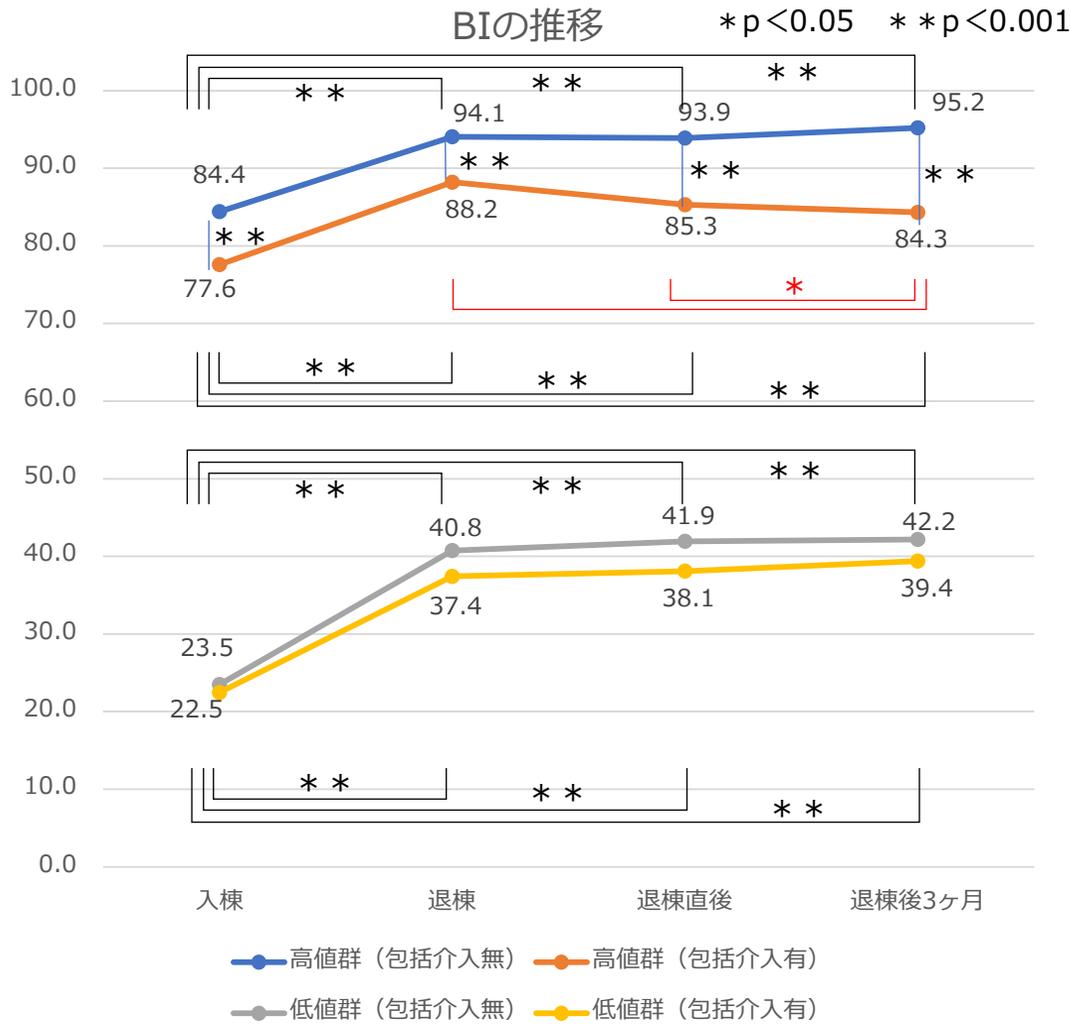
入棟時BIの低値群と高値群の比較

【入棟時BIの中央値：60点】

60点以上：高値群 60点未満：低値群

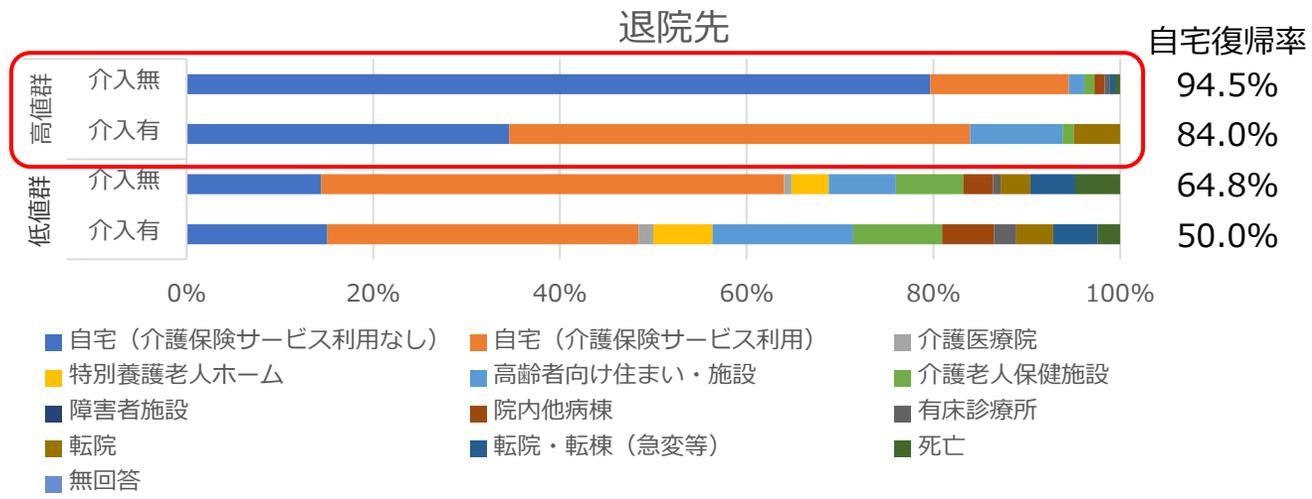
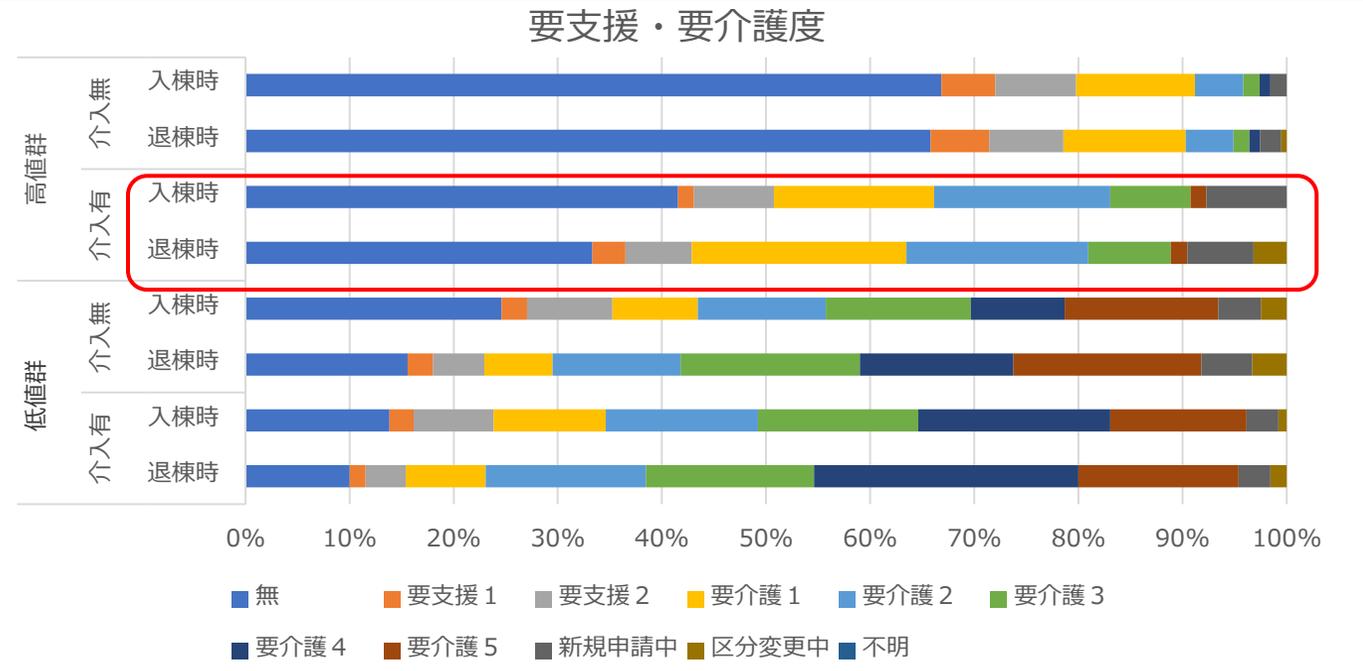
	高値群	低値群	
n	262名	252名	
平均年齢（歳）	71.9±17.5	82.1±13.1	p<0.001
平均在棟日数（日）	23.2±19.1	35.4±19.9	p<0.001
平均院内他病棟 +地ヶア病棟在棟日数（日）	26.8±20.8	42.0±24.5	p<0.001
地ヶア病棟入棟期間中 平均提供リハ量（単位）	3.1±1.8	2.1±1.1	p<0.001

入棟時BIの低値群と高値群の比較



高値群・包括介入ありは、退棟後からBI低下を示した

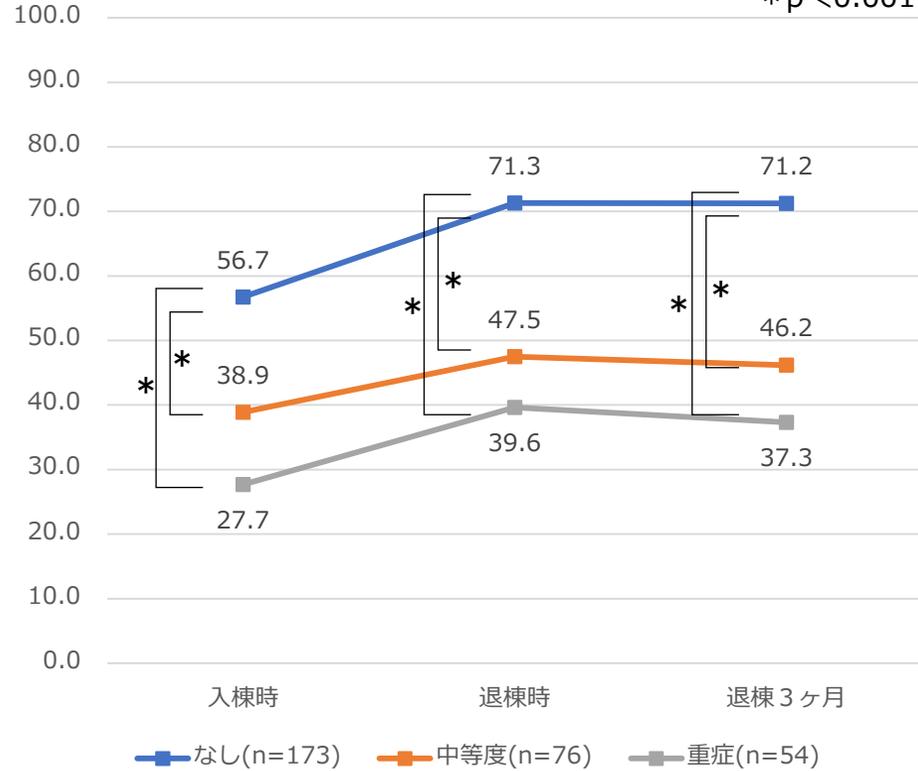
高値群：包括介入有は、包括介入無と比較して要介護状態の割合が多く、介護保険サービスの利用が多い



栄養指標 (GLIM) から見たBIの推移

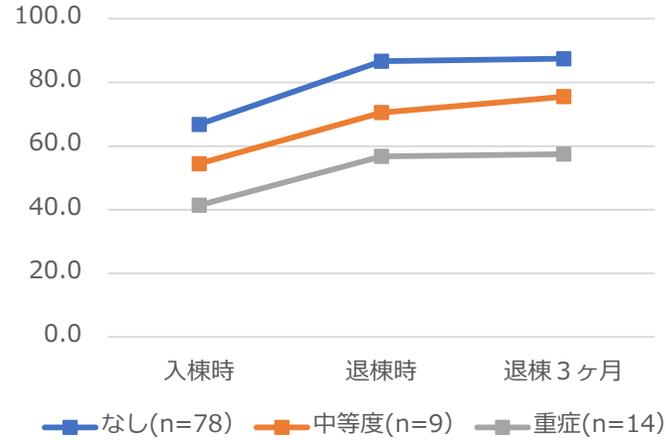
栄養指標の重症度別のBIの推移(n=303)

*p<0.001

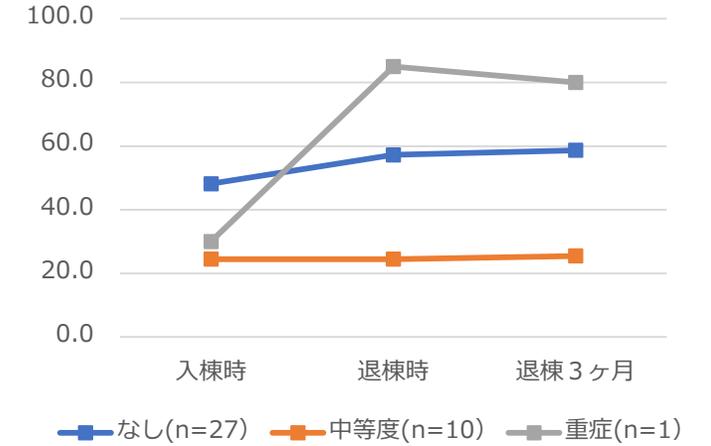


中等度・重症群は無群と比べてBIが低値

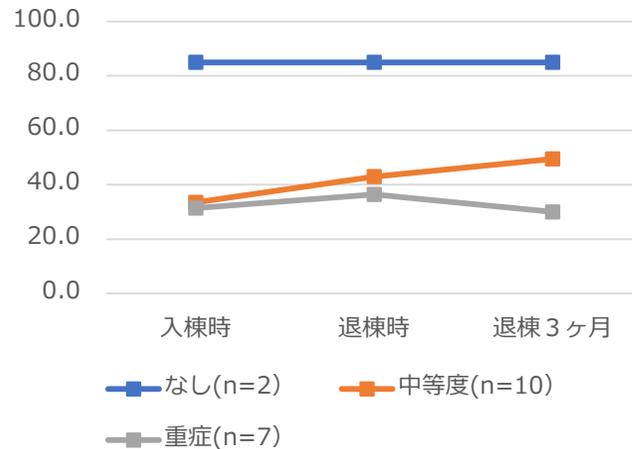
運動器(n=101)



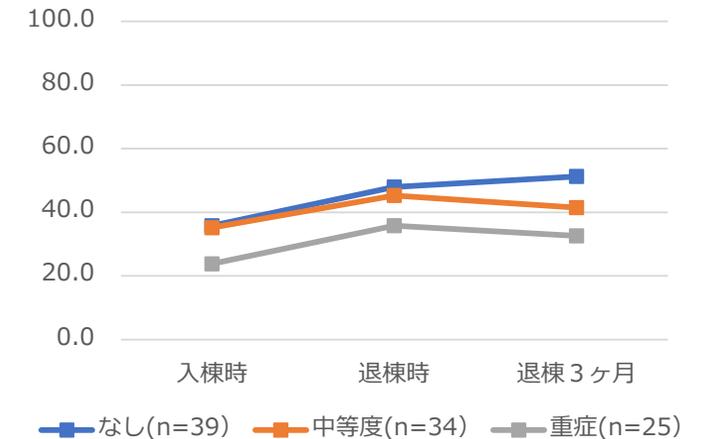
脳血管疾患(n=38)



呼吸器(n=19)



廃用症候群(n=98)



入棟経路の違いによる分析

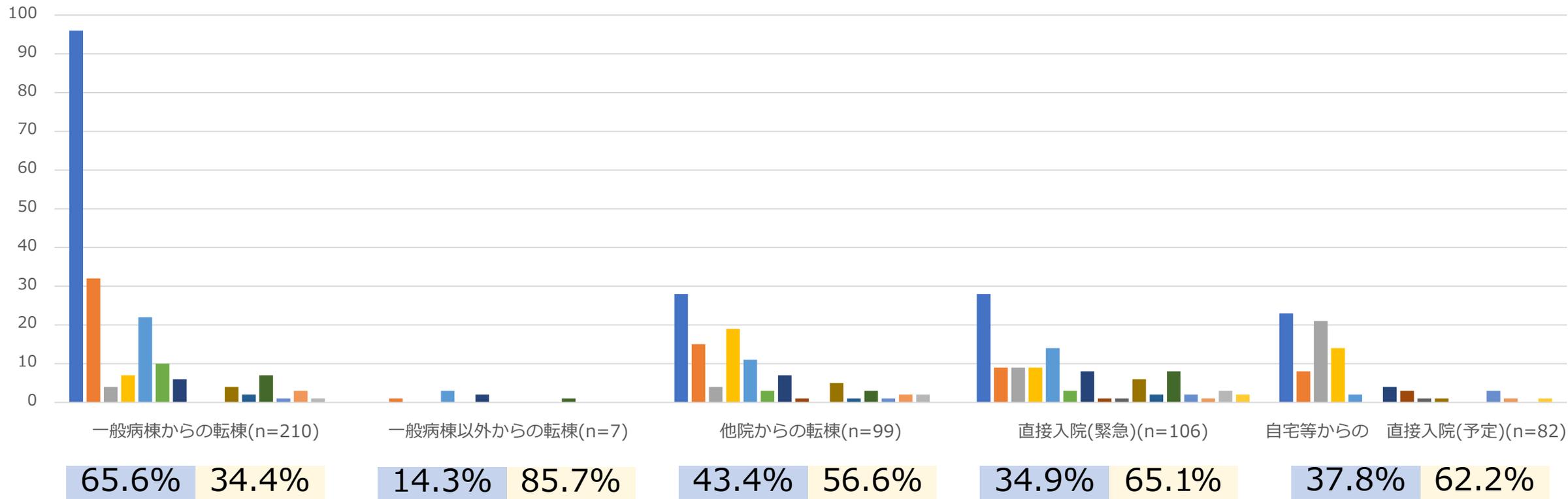
*P<0.05 **P<0.01 ***P<0.001

	Post acute			Sub acute	
	一般病棟からの 転棟	一般病棟以外 からの転棟	他院からの転棟	自宅等からの 直接入院(緊急)	自宅等からの 直接入院(予定)
症例数	210	7	99	106	82
平均年齢 (歳)	72.2±19.5	81.6±11.0	82.3±9.4	80.1±14.8	71.4±18.6
平均在棟日数 (日)	どの群においても有意差あり (p<0.001)				
	19.9±17.1	24.7±6.3	42.9±17.3	32.0±21.9	27.9±20.5
地ケア病棟入棟期間中 平均提供リハ量 (単位)	3.3±2.0	1.3±0.6	2.4±1.0	1.8±1.2	2.3±1.5

一般病棟からの転棟は、他院からの転棟と自宅からの直接入院と比べて年齢が若く、提供単位数が多く在棟期間が短い

自宅等からの緊急入院は、予定入院より年齢が高齢で在棟期間も長い

入棟経路毎の入院の原因疾患

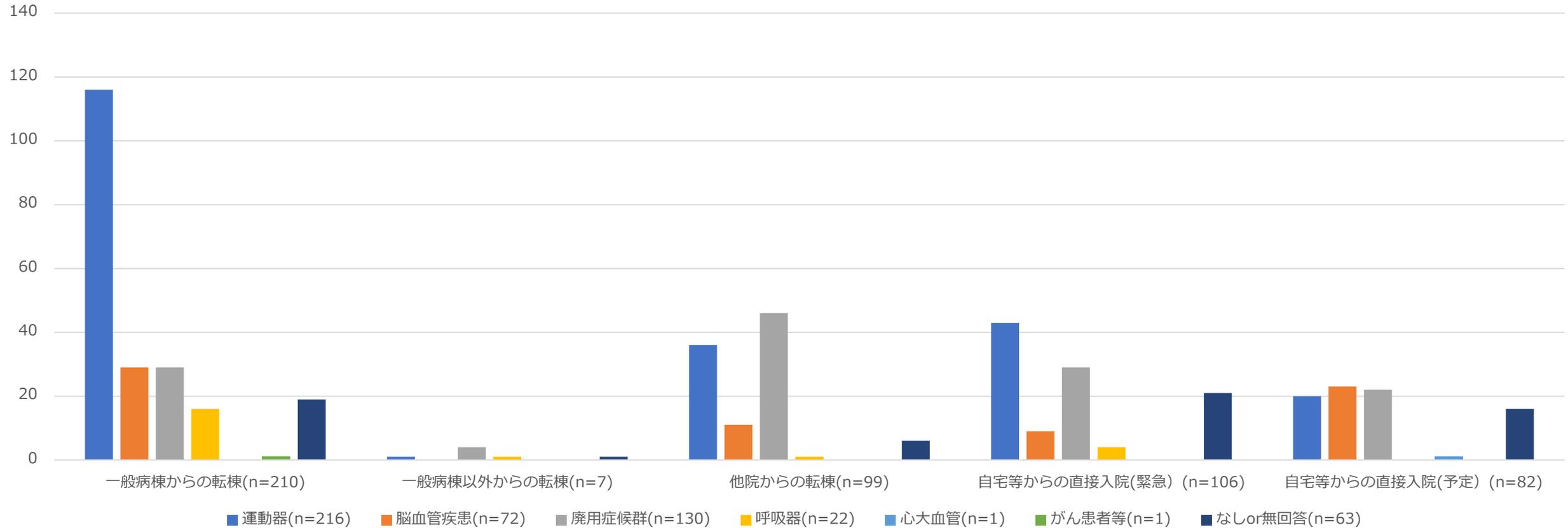


- 筋骨格系及び結合組織の疾患
- 神経系の疾患
- 呼吸器系の疾患
- 内分泌、栄養及び代謝疾患
- 耳及び乳様突起の疾患
- 皮膚及び皮下組織の疾患
- 症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの
- 血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害
- 損傷、中毒及びその他の外因の影響
- 循環器系の疾患
- 感染症及び寄生虫症
- 精神および行動の障害
- 消化器系の疾患
- 腎尿路生殖器系の疾患
- 新生物（腫瘍）
- その他

整形疾患

上記以外の疾患は全体の53%を占める

入棟経路毎の疾患別リハ患者数



• 一般病棟からの転棟者は、運動器リハが約7割を占める

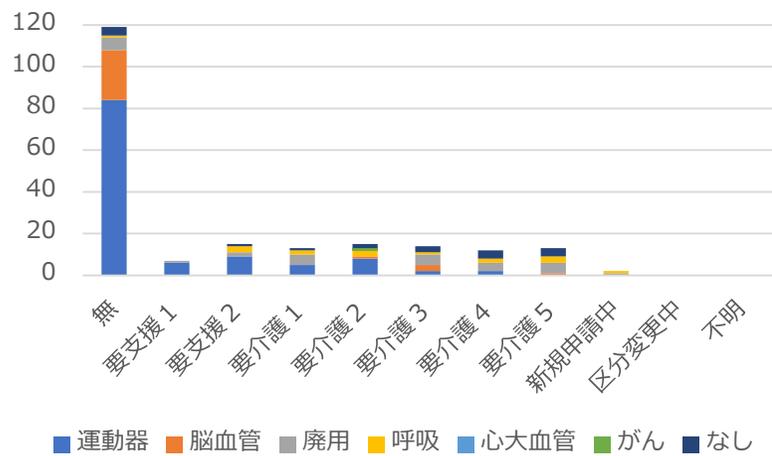
• 一般病棟からの転棟以外の各経路はそれぞれ疾患別リハが異なる



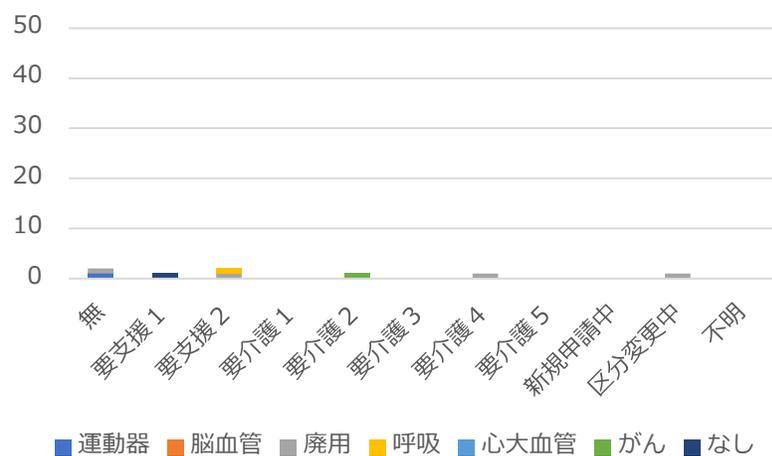
原因疾患とほぼ類似している

入棟経路毎の要支援・要介護状態数

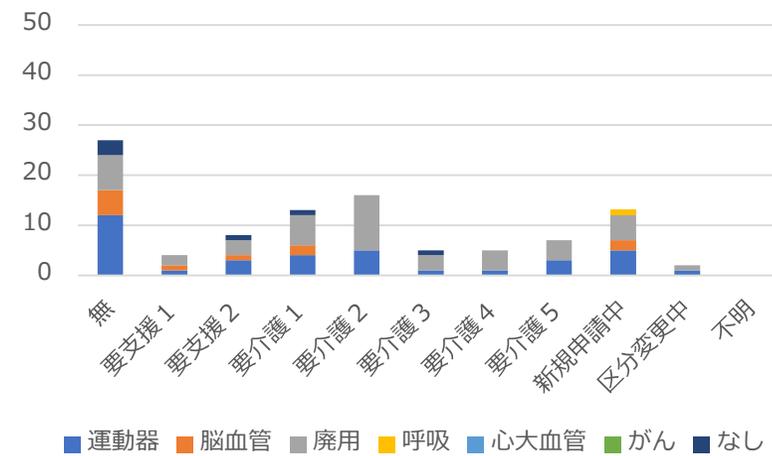
一般病棟からの転棟(n=210)



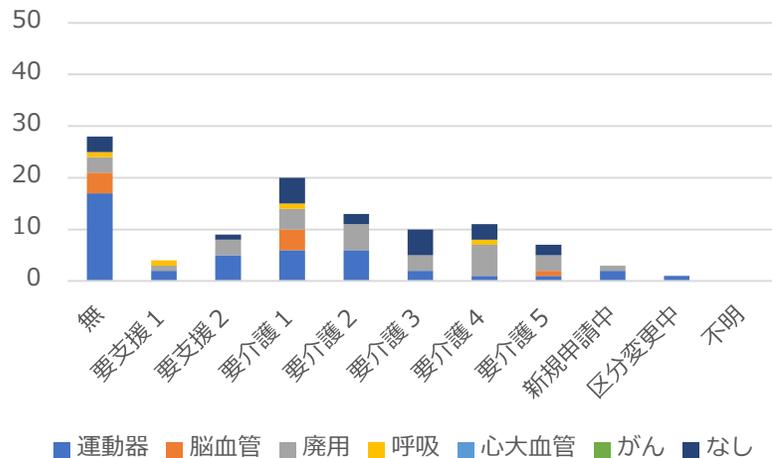
一般病棟以外からの転棟(n=7)



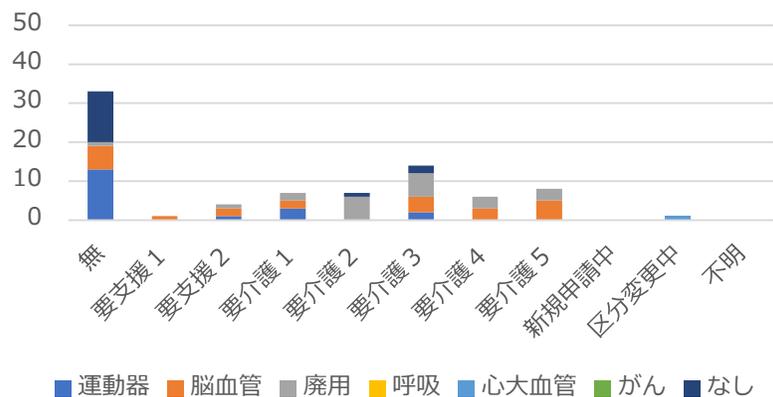
他院からの転棟(n=99)



自宅等からの直接入院(緊急) (n=106)



自宅等からの直接入院(予定) (n=82)

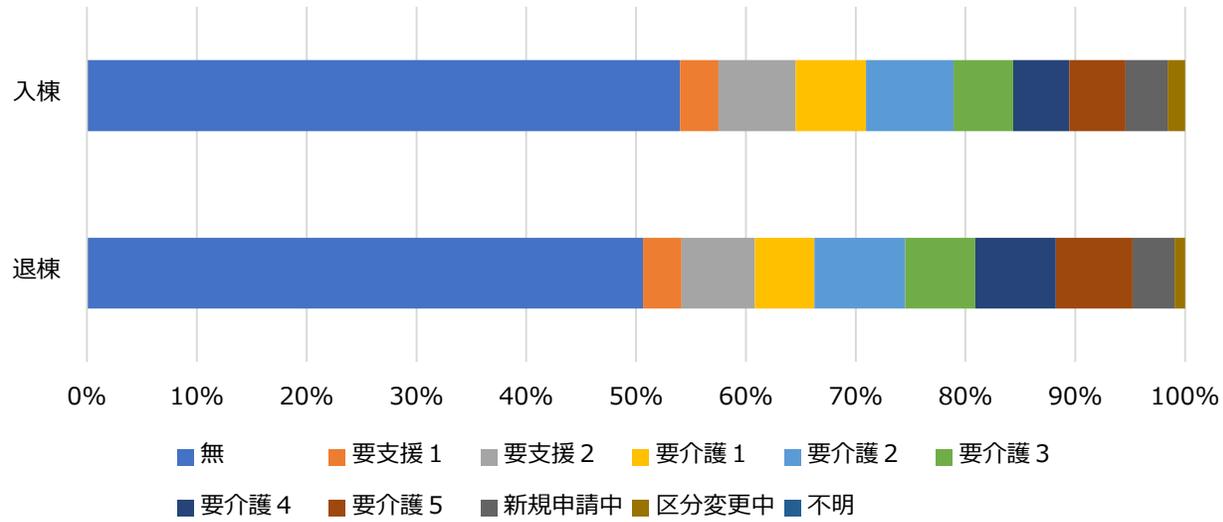


【運動器リハ】
入棟経路に関係なく、
要支援・要介護者が少ない

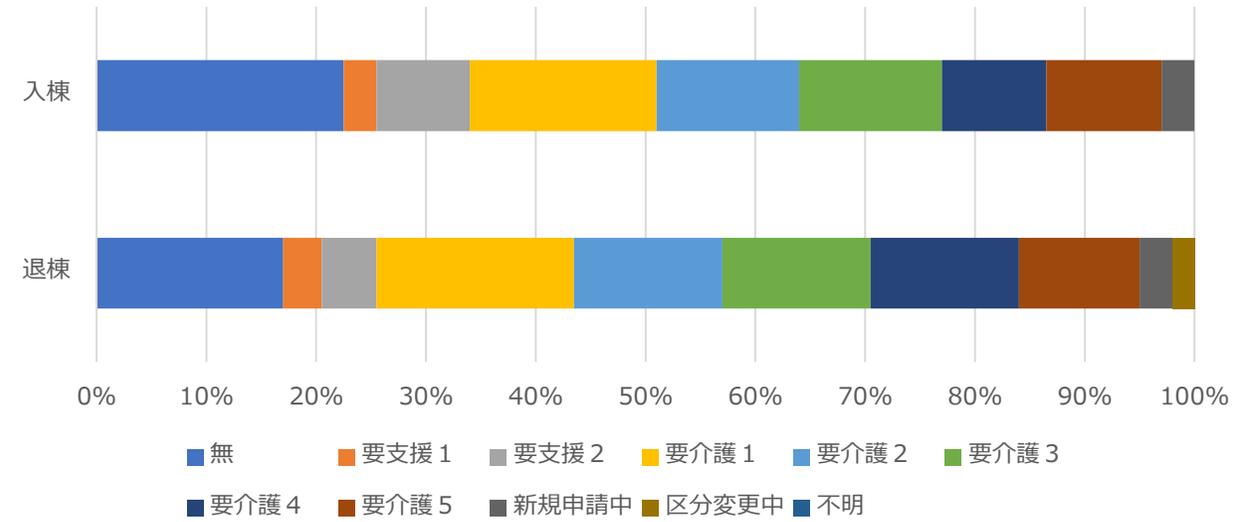
【運動器以外の疾患リハ】
要支援～要介護まで幅広く在棟している

包括介入の有無毎の要支援・介護度ならびに認知症高齢者日常生活自立度の変化

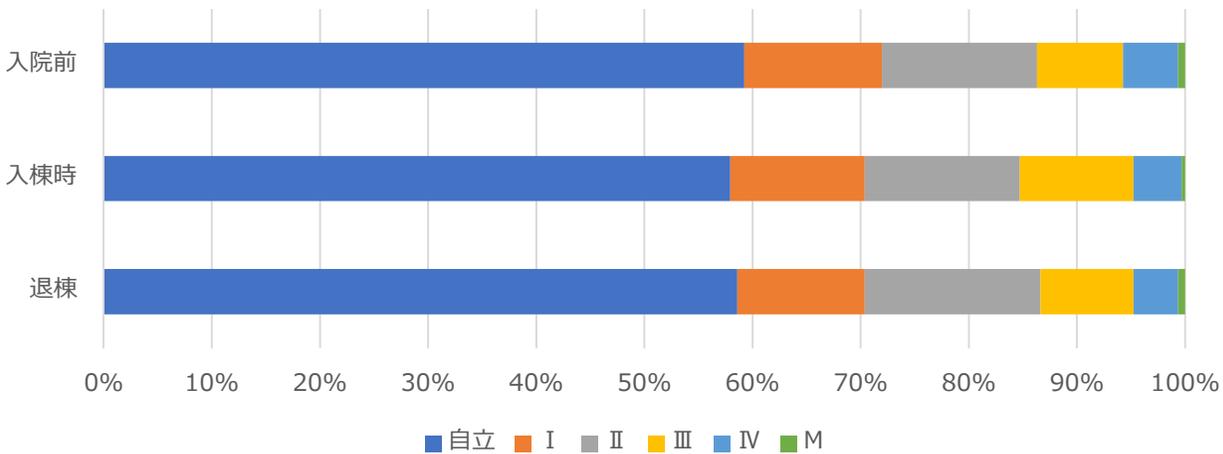
包括介入無(n=314)



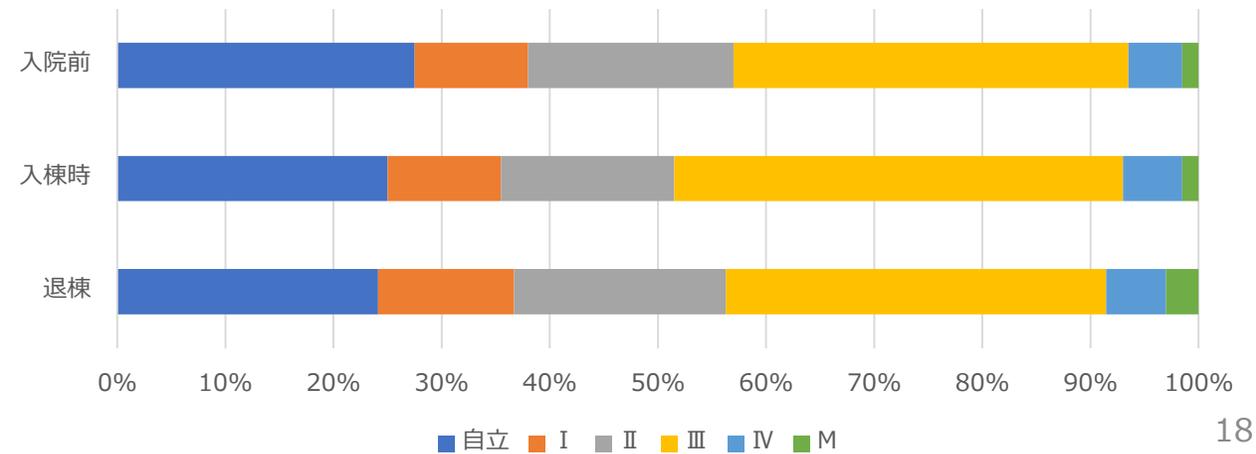
包括介入有(n=200)



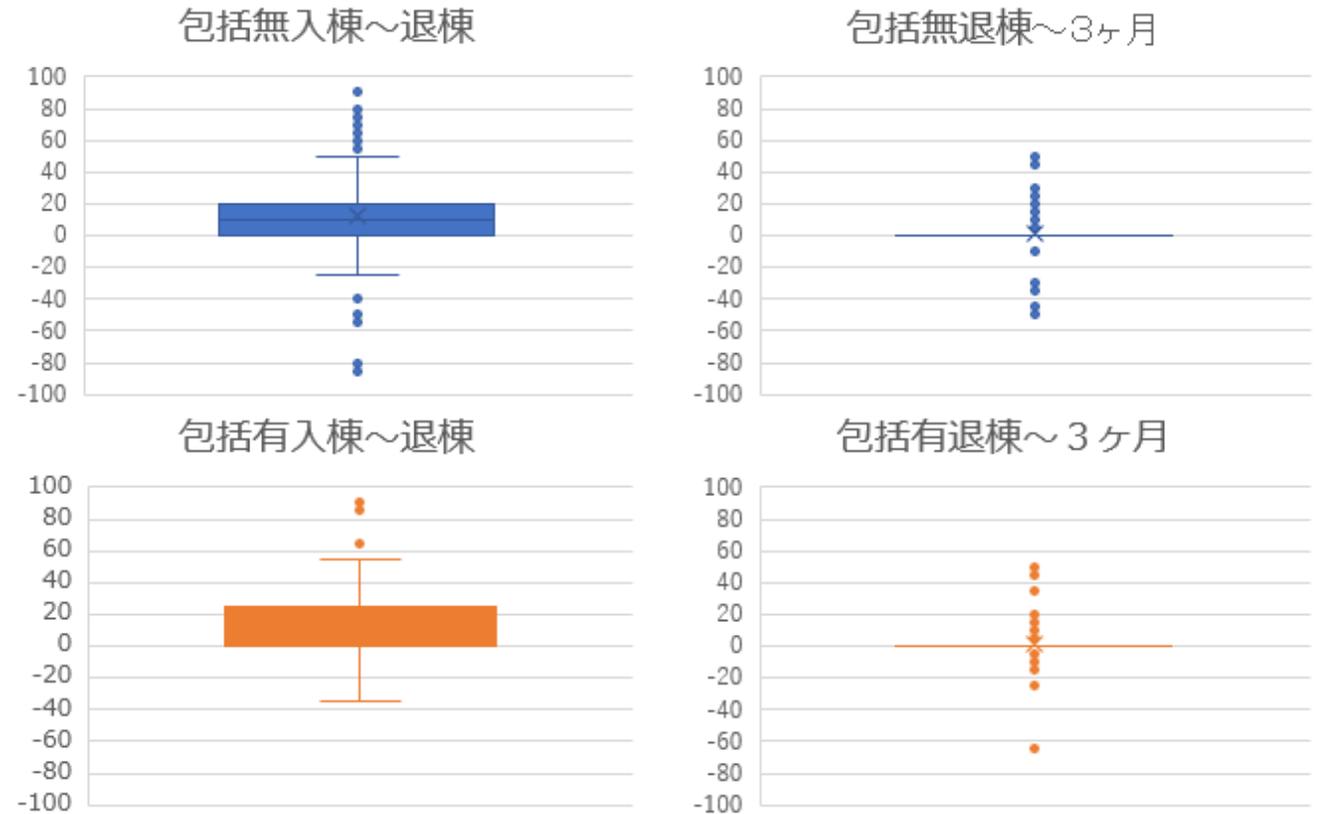
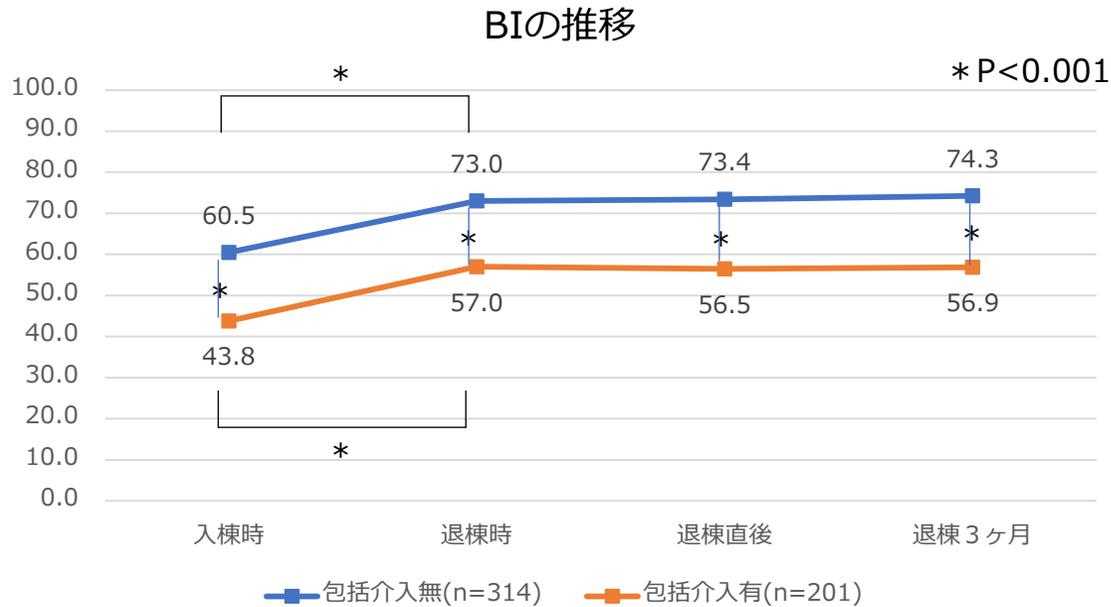
包括介入無(n=314)



包括介入有(n=200)



包括介入の有無毎の入棟時～退棟後3か月のBI平均値の推移

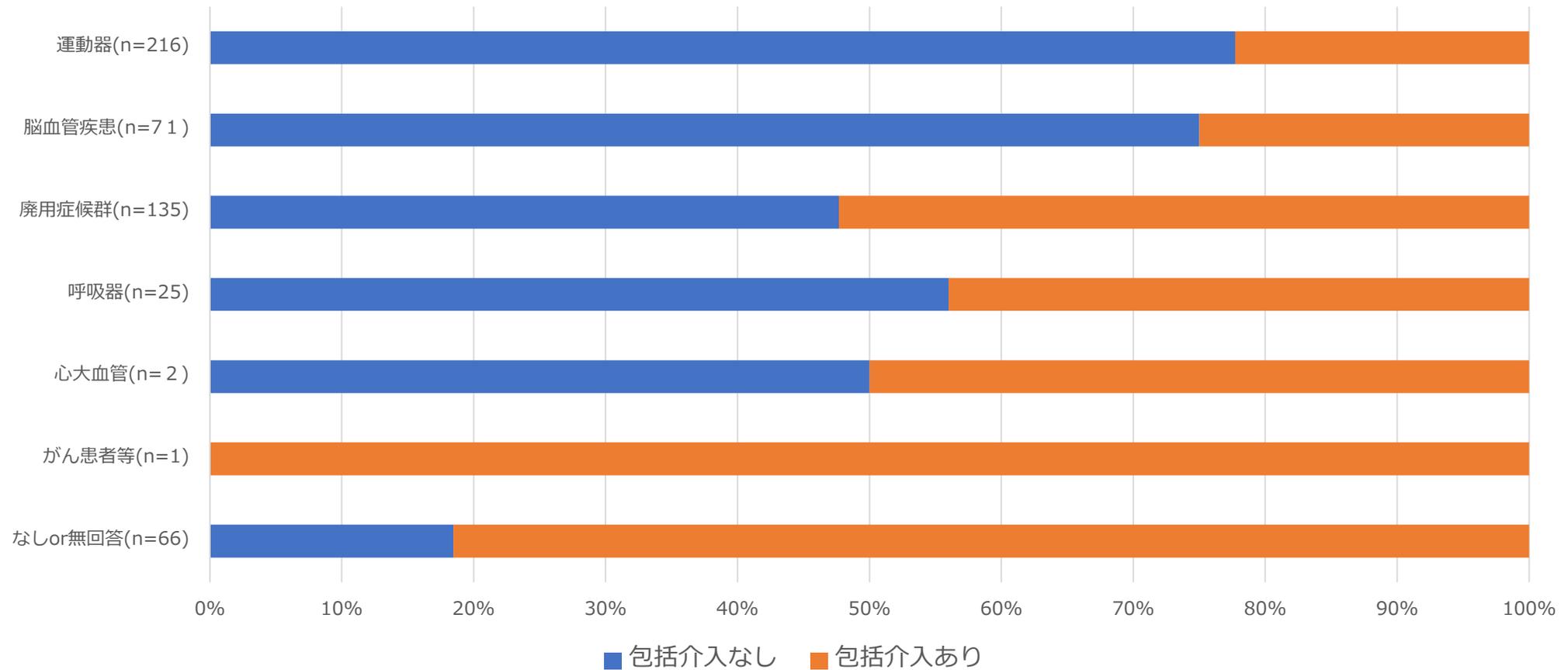


どの時期においても、包括介入有群は低値

BI利得は両群で有意差はなし。
退棟後3か月後までBIの値は概ね維持

BI利得は包括介入無群と変わらないのは、補完代替リハが機能しているのか？
BI利得が上がりそうな患者に介入しているのか？

疾患別リハ毎の包括介入の割合



運動器疾患や脳血管疾患は包括介入の割合が少ない

疾患別リハの種別と包括介入の有無別に見た患者の特徴とBI利得

	疾患別リハ種別	平均年齢 (歳)	平均在棟日数 (日)	平均提供リハ量 (単位)	入棟時BI (点)	退棟時BI (点)	BI利得	
疾患別リハ有 包括介入有 (n=153)	運動器 (n=51)	80.8±12.9	37.5±16.4	2.4±1.1	58.1±24.9	71.9±24.5	18.6±15.2	
	脳血管 (n=18)	79.8±12.9	40.6±18.2	2.9±1.2	35.0±28.1	50.0±31.9	10.6±17.6	
	その他 (n=84)	84.9± 8.1	33.0±17.8	2.1±1.2	33.8±30.0	47.6±34.1	14.1±17.2	
その他：心大血管1名、呼吸器11名、廃用症候群71名				*				*
疾患別リハ有 包括介入無 (n=297)	運動器 (n=165)	70.8±18.4	24.0±21.5	3.1±2.0	67.1±28.7	84.1±26.2	17.4±20.6	
	脳血管 (n=53)	69.5±16.5	19.6±18.2	3.1±1.6	55.8±33.2	63.7±35.6	7.7±15.1	
	その他 (n=79)	84.4± 8.5	31.2±21.0	1.8±0.9	39.0±32.0	48.8±35.6	8.1±24.3	

その他：心大血管1名、呼吸器14名、廃用症候群64名

*P<0.05

【運動器・脳血管リハの特徴】

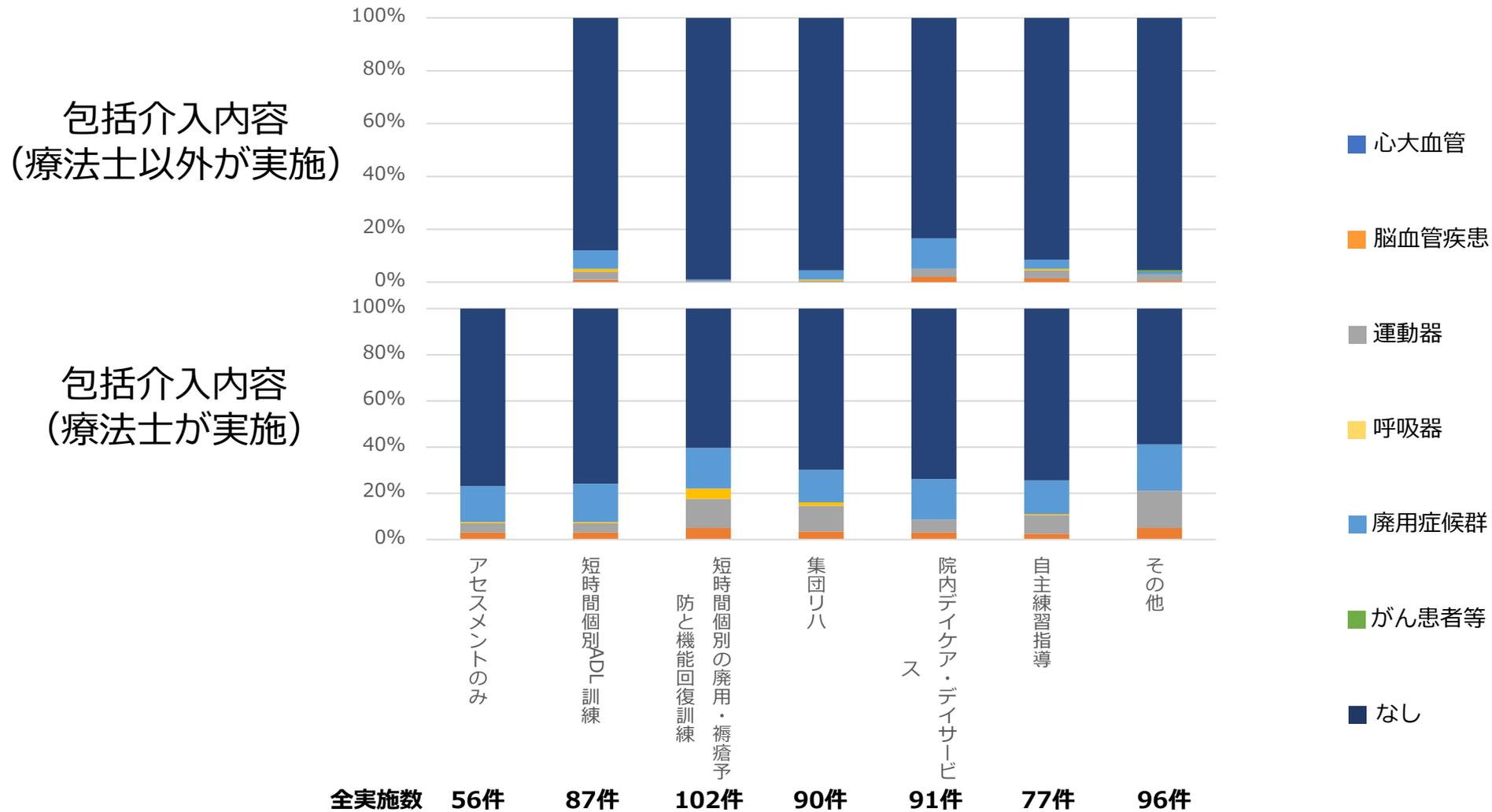
- ・包括介入有は無よりも、年齢が高く、在棟日数が長く、提供リハ単位数が少なく、入棟時BIが低い傾向がある。
- ・包括介入の有無でBI利得に大差はない。

【その他のリハ傾向】

- ・脳血管・運動器と比較すると、高齢で提供単位数は少なく、入棟時BIが低値の傾向にある
- ・包括介入有無の比較では、年齢や在棟期間はほぼ変わらないが、有のほうが提供リハ量が多くBI利得も高い。

運動器と脳血管リハ以外の疾患別リハにおいては、
疾患別リハと包括介入の両方を活用して療法士が多く関わる方がBI利得が高い

疾患別リハと包括介入方法



疾患別リハ毎の傾向は認めず、包括介入方法は概ね均等に取り組まれている

当院での身体機能とADL改善に向けた多職種協働の取り組み

「HAL®腰タイプ自立支援用」

『起立動作を繰り返し、身体機能回復を促す装着型ロボット』

脳から筋に送られる信号を読み取り
立ち上がりに必要な動きや力を
同時にサポート

職種に関係なく使用可能で
装着と操作が容易

離床の第一歩である立ち上がり動作を
多職種でアプローチ！



要領をつかむまでセラピストが実施（約3回）

多職種が実施

定期的にセラピストが介入し進捗を確認

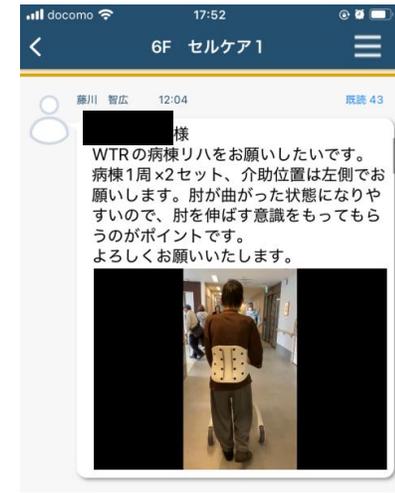
「Panasonic社Walk training robo® (WTR)」

段階的に調節できる負荷付き歩行器であり、歩行機能に有用な筋肉を効率的に鍛えられる。リアルタイムで**速度・距離・姿勢の傾き・歩行時間**がモニターに表示され、フィードバックを得ながら調整可能。さらに、**音楽や音声ガイダンス**による声かけで、快適かつ効果的なトレーニングをサポート。



セラピストはWTRの設定を行い
注意点などを共有

翌日より多職種にて開始



当院の包括介入方法について

身体機能の回復や廃用症候群の予防だけでなく、退院後の生活を見据えた生活機能の回復のための介入

ADLワンポイント介入の例（トイレ動作）

POCリハビリテーション介入



歩行頻度の増加



ドア開閉時のバランス評価



蓋の上げ動作



方向転換時のバランス評価

【ポイント】

病棟生活において、転倒リスクや各動作の介助ポイントを多職種と共有し、日常生活自立度向上に向けた支援を進める

IADLワンポイント介入の例（洗濯動作）

POCリハビリテーション介入



【評価内容】

- ・疼痛出現のタイミングや部位確認
- ・下肢支持性評価
- ・洗濯物を取り出す際のリーチ動作
- ・動的バランス評価



【介入ならびに動作指導】

- ・疼痛増減の変化
- ・支持しやすい環境設定
- ・動作遂行しやすいポイントの提示

一人一人の多様な課題に応じた柔軟で包括的な支援とケアが重要