

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③

芳珠記念病院 リハビリテーション室 室長補佐  
作業療法士  
合歡垣紗耶香（ねむがき さやか）

【略歴】

2007年：金沢大学卒業後 現職入職

2009年：金沢大学大学院医学系研究科保険学専攻博士前期課程修了

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

# 2026 年診療報酬改定を踏まえた 地域包括ケア病棟の リハビリテーションのあり方について

医療法人社団 和楽仁 芳珠記念病院

リハビリテーション室 室長補佐 作業療法士 合歓垣紗耶香

**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： 合歡垣紗耶香**

**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。**

# はじめに

## ＜地域包括ケア病棟・病床＞

- ・2014年度創設され、急性期後患者や在宅療養中の患者の受け入れ、在宅復帰支援を役割としてスタート。
- ・その後の改定で在宅医療・介護との連携強化、リハビリテーションや意思決定支援の評価、入院期間制限などが導入され、現在では地域包括ケアシステムを支える医療・介護・生活支援を統合的に担う病棟へと進化。

## ＜リハビリテーション(以下、リハ)＞

- ・DPC算定患者を除き入院料に包括、1日平均2単位以上の提供。
- ・対象は様々な疾患により入院となった高齢・多疾病併存患者が中心。
- ・急性期から生活期まで幅広い疾患と介入プログラムの知識、院内外の多職種連携が不可欠。

今回、事例を通じ、地域包括ケア病棟におけるリハの在り方を考察し報告する。

# 地域包括ケア病棟の役割と3つの病棟機能

地域包括ケア病棟・病室の役割



3つの病棟機能で地域包括ケアシステムを支える

# 医療法人社団 和楽仁 芳珠記念病院

2025年8月1日現在

## ◆基本データ

許可病床数 : 183床(一般病床, DPC対象病院)  
 介護医療院 : 60床  
 標榜診療科 : 31科  
 職員数 : 約500名

## ◆主な実績 < 診療指標 2024年度 >

外来利用者数	: 491名/日	紹介患者数	: 3,425件/年
新規入院数	: 1,948名/年	救急車受入数	: 844件/年
手術件数*	: 739件/年	消化器内視鏡件数	: 6,998件/年
(内 全麻件数)	: 229件/年	健診センター利用者数	: 10,246名/年

\*中央手術室で行った手術等の件数

## ◆注力分野

高齢者救急, 代謝・内分泌疾患, 人工透析, 消化器外科・内科疾患, 整形外科疾患, 脳神経外科疾患, リハビリテーション, 訪問診療, 健診 など

## ◆施設認定

日本医療機能評価機構認定病院  
 石川県地域がん診療連携推進病院  
 日本糖尿病学会認定教育施設  
 日本内分泌学会認定教育施設

日本外科学会専門医制度修練施設  
 日本消化器外科学会専門医制度指定修練施設  
 日本消化器内視鏡学会指導施設  
 日本整形外科学会専門医制度認定研修施設 など

# 芳珠記念病院の施設機能 2025年8月～

病床機能報告



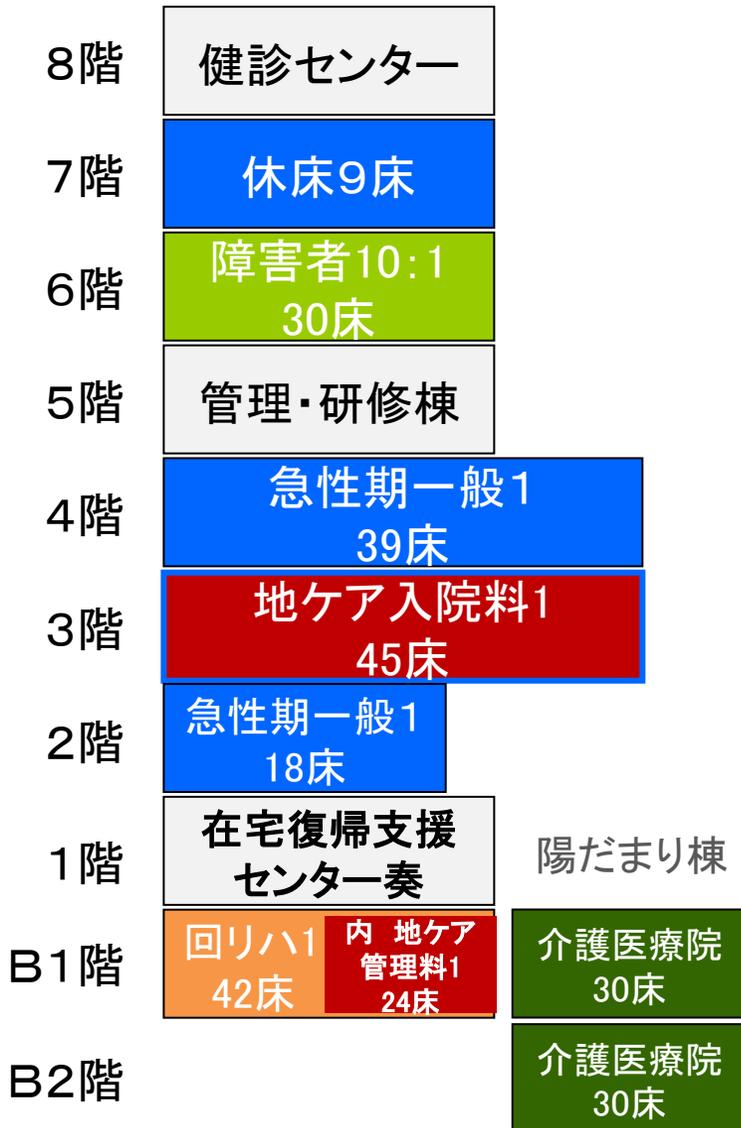
慢

急

急

急

回



許可病床183床 一般病院

■ 一般病床183床:

- ・DPC対象
- 急性期一般病床1 : 66床  
(休床9床)
- ・地域包括ケア病棟入院料1 : 45床
- ・回復期リハ病棟入院料1 : 42床
- 内** 地域包括ケア入院医療  
管理料1 : 24床
- ・障害者病棟10対1 : 30床

---

■ 併設

- ・介護医療院 I : 60床

3階病棟:  
 直接入院・自院一般病床からの転棟(主にDPC算定患者)・他院からの転院が混在

B1階病棟:  
 自院一般病床からの転棟(主にDPC算定患者)・直接入院・他院からの転院・回復期リハ入院料患者が混在

# 芳珠記念病院の施設機能 2025年8月～

病床機能報告



慢

急

急

急

回

8階	健診センター	
7階	休床9床	
6階	障害者10:1 30床	
5階	管理・研修棟	
4階	急性期一般1 39床	
3階	地ケア入院料1 45床	
2階	急性期一般1 18床	
1階	在宅復帰支援 センター	陽だまり棟
B1階	回リハ1 42床	内地ケア 管理料1 24床
		介護医療院 30床
B2階		介護医療院 30床

許可病床183床 一般病院

■ 一般病床183床:

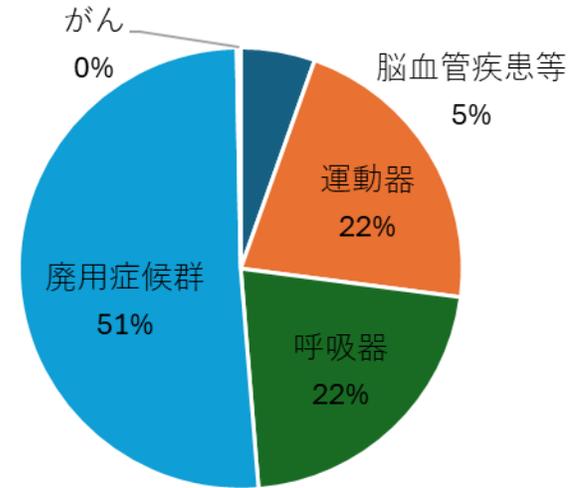
- ・DPC対象
- 急性期一般病床1 : 66床 (休床9床)
- ・地域包括ケア病棟入院料1 : 45床
- ・回復期リハ病棟入院料1 : 42床
- 内 地域包括ケア入院医療管理料1 : 24床
- ・障害者病棟10対1 : 30床

---

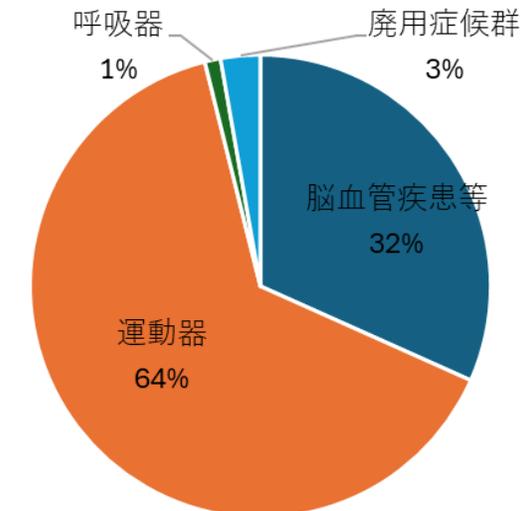
■ 併設

- ・介護医療院 I : 60床

3階病棟:



B1階病棟: 2025年5月～11月



2025年5月～11月



■医療法人社団和楽仁 芳珠記念病院は1983年6月13日に前理事長の「信念」と地域・行政の「要望」が共鳴して誕生した公益的民間総合病院

■併設の社会福祉法人 陽翠水等と共につくる「ほうじゅグループ」は予防・医療・介護・福祉・子育て複合体

# リハビリテーションセンターの体制

2025.9.1 現在

リハビリテーション科医師 1名 / PT 24名 / OT 20名 / ST 3名 療法士計47名

	チーム名	スタッフ配置
医療法人社団和楽仁	急性期チーム (2・4F:57床, 6F:30床)	PT:7名 OT:4名 ST:2名(兼務)
	地ケアチーム(3F:45床)	PT:4名 OT:4名 ST:2名(兼務)
	回りハチーム(B1F:42床)	PT:7名 OT:7名 ST:1名
	介護医療院チーム	PT:1名 OT:1名
	訪問チーム	PT:1名 OT:2名
社会福祉法人 陽翠水	陽翠チーム	PT:3名 OT:1名
	共生型事業チーム 児童発達支援・放課後等デイサービス	PT:1名 OT:1名

# 地域包括ケア病棟の包括算定リハビリテーション

## ■ 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

## ■ 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)

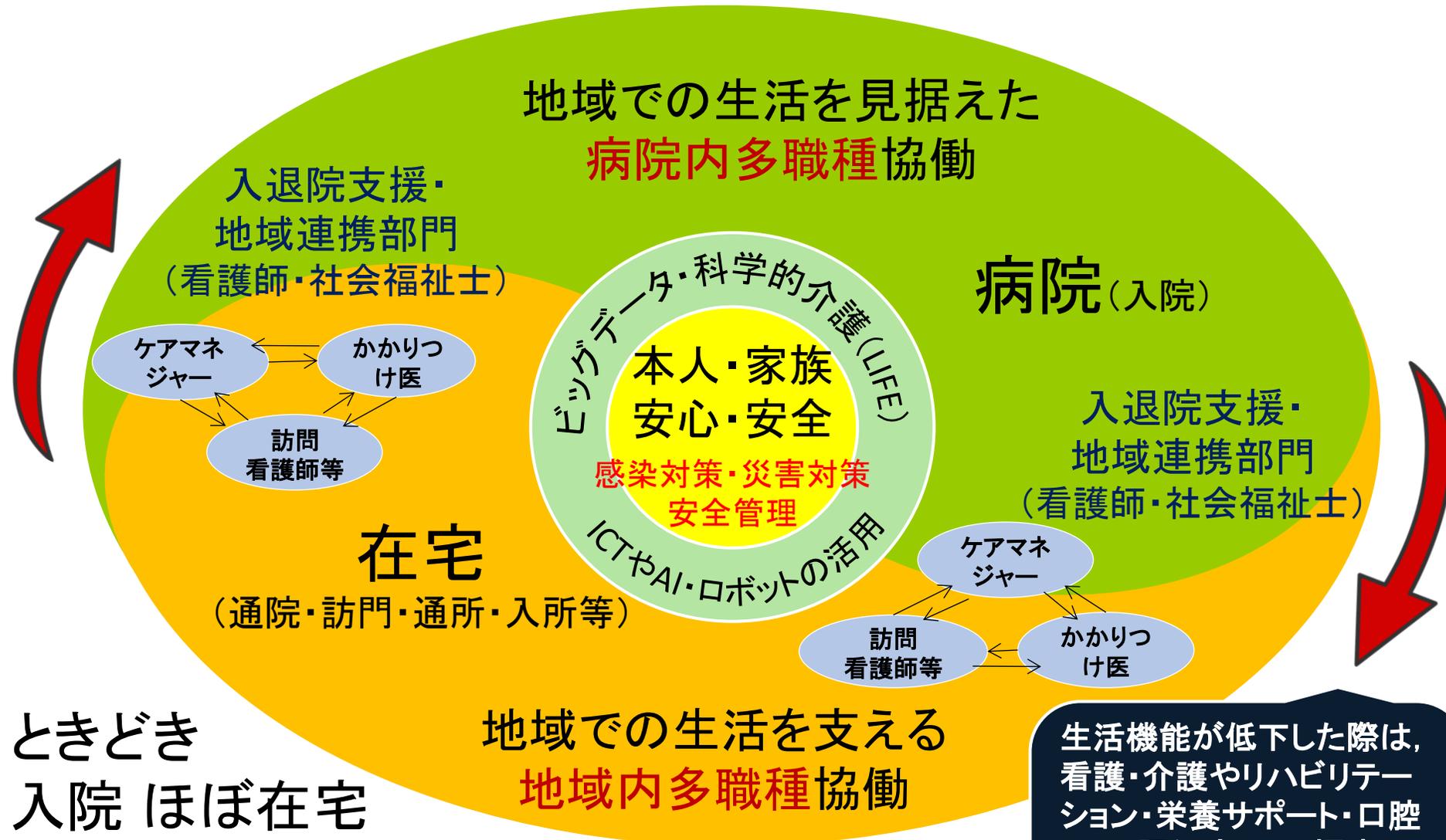
※POC(Point of Care): 「療養中の患者の傍ら」を表す.

## ■ 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.

引用: 回復期のリハビリテーション医学・医療テキスト (医学書院, 2020)

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



患者・利用者を生活者の視点で捉え、病院と在宅を  
一体とした切れ目ない地域医療介護福祉を提供する

生活機能が低下した際は、  
看護・介護やリハビリテー  
ション・栄養サポート・口腔  
ケア・認知症ケア・褥瘡ケ  
ア・排泄ケア・ポリファーマ  
シー対策、ACP、ケアマネジ  
メント等が必要となる。

# 地域包括ケア病棟のリハの在り方(私見)

高齢, 認知症, 多疾病併存, 独居, 老々介護, 金銭課題…  
といった介入困難事例が増加.

## いわゆるサブアキュート(SA)

急性期治療中の廃用・生活機能低下予防,  
リハ・栄養・口腔の一体的取組による  
多職種連携

## ポストアキュート(PA)

急性期治療で生じた廃用症候群の早期回復の  
ための機能訓練, 早期に病棟のしているADL  
をできるADLへ向上

- 療法士の生活機能アセスメントに基づいた病棟ADLへの積極的介入
- 事例の状況に応じ, 包括算定を活かし様々な手法を駆使しリハ介入
- 積極的な院内・地域内多職種連携

「ときどき入院, ほぼ在宅」で住み慣れた居場所での  
暮らし・役割の継続を支える

いわゆるサブアキュート(SA)  
急性期治療中の廃用・生活機能低下予防,  
リハ・栄養・口腔の一体的取組による  
多職種連携

## 事例1 SA 直接入院 地域包括ケア病棟(リハ包括算定)

上腕骨骨折保存療法中の廃用予防とADL向上,  
退院後の通所サービスにつなげるため  
集団の場を活用した事例

# 事例：80歳代女性 上腕骨近位端骨折

- 現病歴：ベッドから転落し疼痛で動けず救急搬送。  
保存的加療となり自宅生活困難なため地ケア病棟入院。
- 既往歴：左大腿骨頸部骨折（人工骨頭）
- 併存疾患：尿路感染症，糖尿病（シックデイ血糖コントロール要）  
慢性心不全（HFpEF EF64%）慢性腎臓病 他院かかりつけ
- 家族構成：車いす使用している長女夫婦と同居。関与はほぼなし。  
近隣在住の次女との関係がよく買い物や通院支援あり。
- 入院前生活：介護保険は期限切れ。  
杖＋介助かつたい歩きでなんとか歩行し自分の分の家事は自力で実施。  
買い物，通院は次女と一緒にいき内服は自己管理。  
自宅は長女に合わせてバリアフリー手すり設置も転倒多い。

# 評価と計画

- 骨折部安静度：4週までは振り子運動，他動運動のみ．4週以降から自動運動開始．
- 事例：長女に世話をかけず自宅での生活にもどりたい
- 長女：自分のことは自分でしてほしい

## 心身機能

左肩関節，**上肢可動域制限**  
 既往の骨折により**左下肢筋力低下**  
**認知機能低下**：HDS-R14点  
 併存疾患要治療 **合計内服：8剤**  
 (CRP・WBC高値：尿路感染症，血糖コントロール)  
**GLIM基準：低栄養非該当**

## 個人

80歳代 女性

## 活動

**左肩保護の自己管理不可**  
**基本動作要介助**：立位困難  
 移動：肩関節免荷  
 ⇒ **歩行補助具使用不可**  
 右手のみふらつき強く車いす介助  
**排泄**：立位保持，下衣更衣に  
**2人介助要**  
 座位で食事・整容は可能  
 FIM：運動20点/認知26点

## 参加

集団が苦手  
**通所サービス利用拒否**  
 次女との買い物や外出が楽しみ  
**工作が好き**

## 環境

同居の**長女とは疎遠**  
**次女近隣在住で協力的**  
**自宅バリアフリー**で手すりあるが  
 転倒多く**評価必要**  
**介護保険切れ**

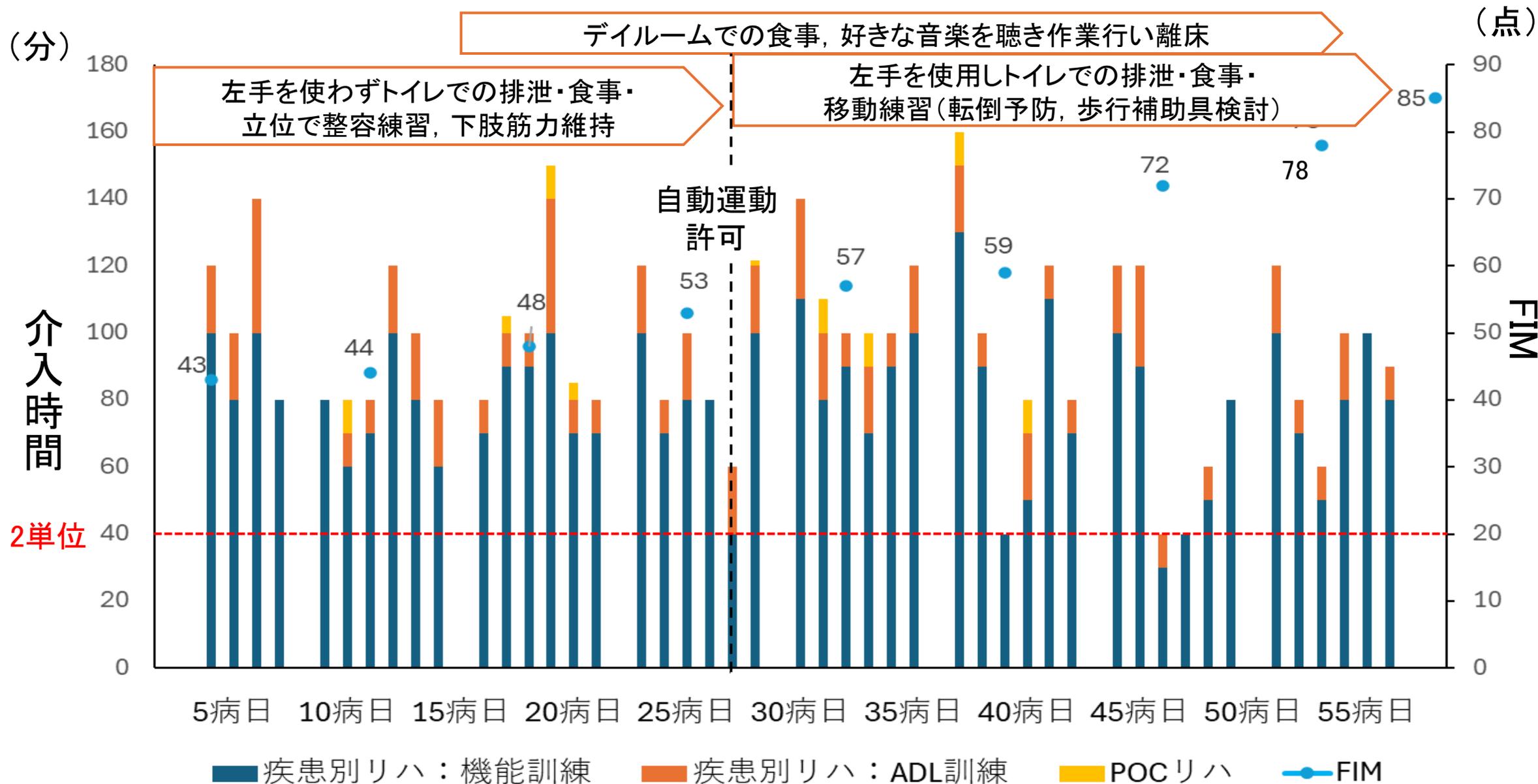
# 評価と計画

- 骨 60日での退院のため1か月目は廃用予防を徹底，運動開始。
- 事 2か月目で左上肢機能回復，退院支援を同時進行していく必要あり
- 長女：自分のことは自分でしてほしい

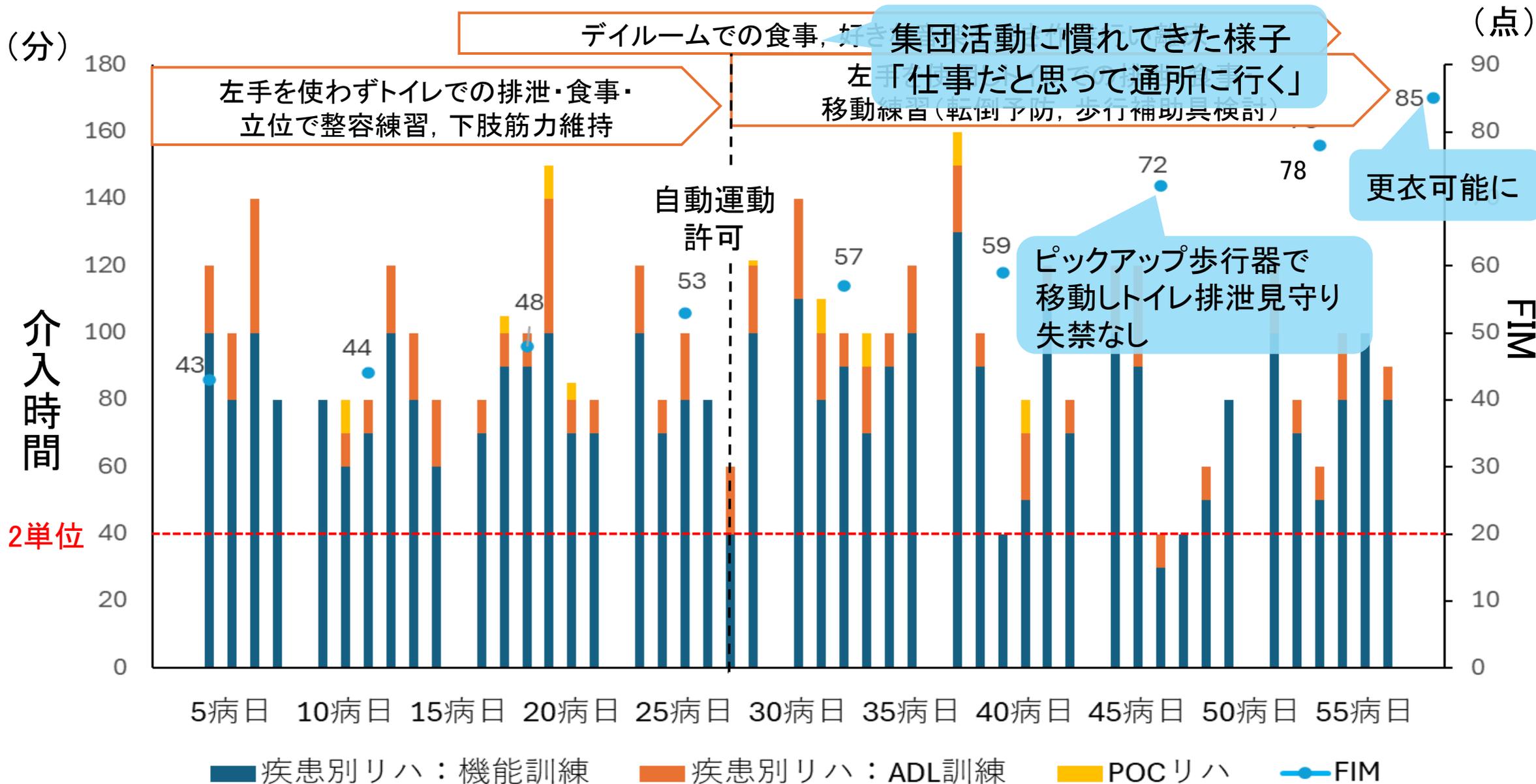
<p>左肩 既往 認知 併存 (C 糖 GL</p> <p>個人</p> <p>80歳代 女性</p>	<p><b>活動</b></p> <p>左肩保護の自己管理不可</p> <p>左肩関節保護中の排泄練習                  加重許可後は積極的な移動練習                  安全な移動形態の検討                  ⇒積極的に病棟ADLで実践！</p> <p>2人介助要</p> <p>座位で食事・整容は可能                  FIM: 運動20点/認知26点</p>	<p>デイルームでの食事・余暇活動                  提供による離床，集団活動支援</p> <p>次女との買い物や外出が楽しみ  <b>工作が好き</b></p> <p>家屋評価環境調整                  家族への支援指導                  介護保険申請とサービス調整                  情報共有</p> <p>転倒多々 評価必至                  介護保険切れ</p>
---	---	---

次女と介護保険サービスのサポートで自宅で転倒なく生活ができる

# 経過：リハ実施内容 平均提供疾患別リハ量3.8単位



# 経過：リハ実施内容 平均提供疾患別リハ量3.8単位

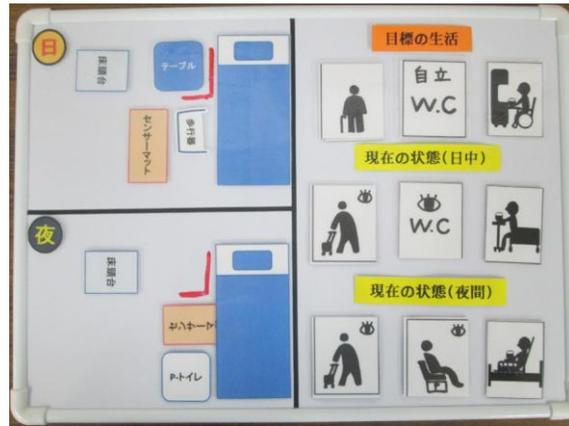


# 集団の場の提供と活用

- ・入院中でも他者との交流や参加機会を増やせる。
- ・集団活動は ICF における「プラスの環境因子」として働く。
- ・地域では個別レクリエーションの機会が少ない。
- ・退院後に初めて通所サービスを利用する患者にとって、社会参加のイメージづくり。
- ・既に通所サービスを利用していた患者には、入院中の楽しみや安心感につながる。



# 経過：PerFMに基づく多職種連携



- ・転倒予防ラウンド・入院時CC
- ・ポリファーマシーCC・栄養評価  
 シックデイ, 尿路感染, 食事摂取状況  
 から内服調整
- ・看護師・介護職とADL支援方法の共有

病院(入院)



新規申請のため入院中から積極的に情報共有を実施

在宅 (通院・訪門・通所・入所等)



- ・介護保険申請: 要介護3
- ・事例・家族へサービス利用の意向確認, サービス調整
- ・CM・福祉用具業者と家屋評価, 外出練習
- ・退院前CC

# 結果

## 【心身機能・活動】

	初期	最終
左肩関節可動域	測定不可	右と同等まで回復
基本動作	立位困難で介助	手すり使用し自立
移動・排泄	歩行困難・二人介助	ピックアップ歩行器歩行30m・自立
介護サービス	通所サービス利用拒否	利用に応じる

## 【退院後生活】

- 手すりレンタル, 環境の問題でポータブルトイレを使用.
- 小規模多機能事業所の通所・訪問サービスを週5日利用. 洗濯, ポータブルトイレの処理入浴支援, 内服確認. 次女訪問日は自宅で過ごす.
- 朝食は次女が買い物し1週間分準備, 夕食は配食サービスを利用.
- 次女へ訪問時に食事摂取状況と内服確認を依頼.

かかりつけ医より: 家族と通院されており元気に過ごしている.

## ポストアキュート(PA)

急性期治療で生じた廃用症候群の早期回復のための機能訓練, 早期に病棟のしているADLをできるADLへ向上

# 事例2 PA 転院 地域包括ケア病棟(リハ包括算定)

高度急性期病院での加療後, リハ継続と退院支援のため転院した事例

# 事例：80歳代女性 COVID-19廃用症候群

- 現病歴：中等度COVID-19加療のため高度急性期病院に緊急入院。  
もともと夫婦2人暮らし（夫は認知症のため入院中で実質独居）で、  
廃用症候群に対しリハ継続と退院支援が必要なため当院転院。
- 既往歴：肺癌，うつ病，糖尿病，高血圧，神経因性膀胱，両目白内障，パーキンソン病
- 入院前生活：要介護3，視覚障害で障害者手帳有，屋内外シルバーカー歩行，  
トイレ自立 週1回訪問リハ，訪問介護，週2回デイサービス，  
配食利用，ベッドレンタル，薬剤師による週1回訪問管理  
受診は同行援護を利用。
- 家族構成：別居の長女（市内）と次女（遠方）（週1回訪問支援）

# 評価と計画

- 事例：家に帰りたいが歩けないと施設も考える。夫と過ごしたい。
- 家族：金銭的にもできるだけ自宅退院。歩いてトイレに行けてほしい。

## 心身機能

**パーキンソン症状**：筋緊張異常，重心後方偏移，重心移動不十分  
**両下肢筋力低下**  
**耐久性低下**：立位15秒で疲労  
**HDS-R 14点**：日常会話可能  
 元々の視覚障害  
**GLIM：低栄養**（筋肉量減少，炎症）  
 BMI20.7

## 個人

80歳代 女性

## 活動

**基本動作**：起き上がり立ち上がり，立位保持介助  
**食事**：ベッド上ギャッジアップ自力摂取  
 水分でむせありうすとりみ，全粥・軟菜  
**整容**：口腔ケア不十分  
**排泄**：おむつ，ポータブルトイレで  
 下衣操作，清拭介助  
**移動**：車いす介助，シルバーカー歩行困難  
**服薬管理**：合計内服17剤，介助要  
 ベッド上臥床状態

## 参加

**他者交流は好き**  
 徐々に家事の実施や  
 買い物が困難になって  
 いた

## 環境

**独居**  
 娘の訪問支援週1回  
 夫は認知症で入院中

# 評価と計画

廃用がかなり進行しておりパーキンソン症状も強く基本動作能力低下が著明。  
 自宅退院に向けて積極的な機能回復と早期ADL向上が必要！

パーキンソン症状：腰HAL  
 下肢筋力強化  
 持久力訓練  
 認知機能低下予防

神経内科によるパーキンソン  
 病の服薬調整

栄養管理と歯科口腔外科  
 による口腔管理

POCリハで食事の離床・排泄・  
 歩行器移動を徐々に増やし、  
 日中活動量向上による廃用症候群改善

整容：口腔ケア不十分

排泄：おむつ，ポータブルトイレで

ポリファーマシーチームによる  
 内服薬評価と調整  
 看護師と服薬管理評価

助

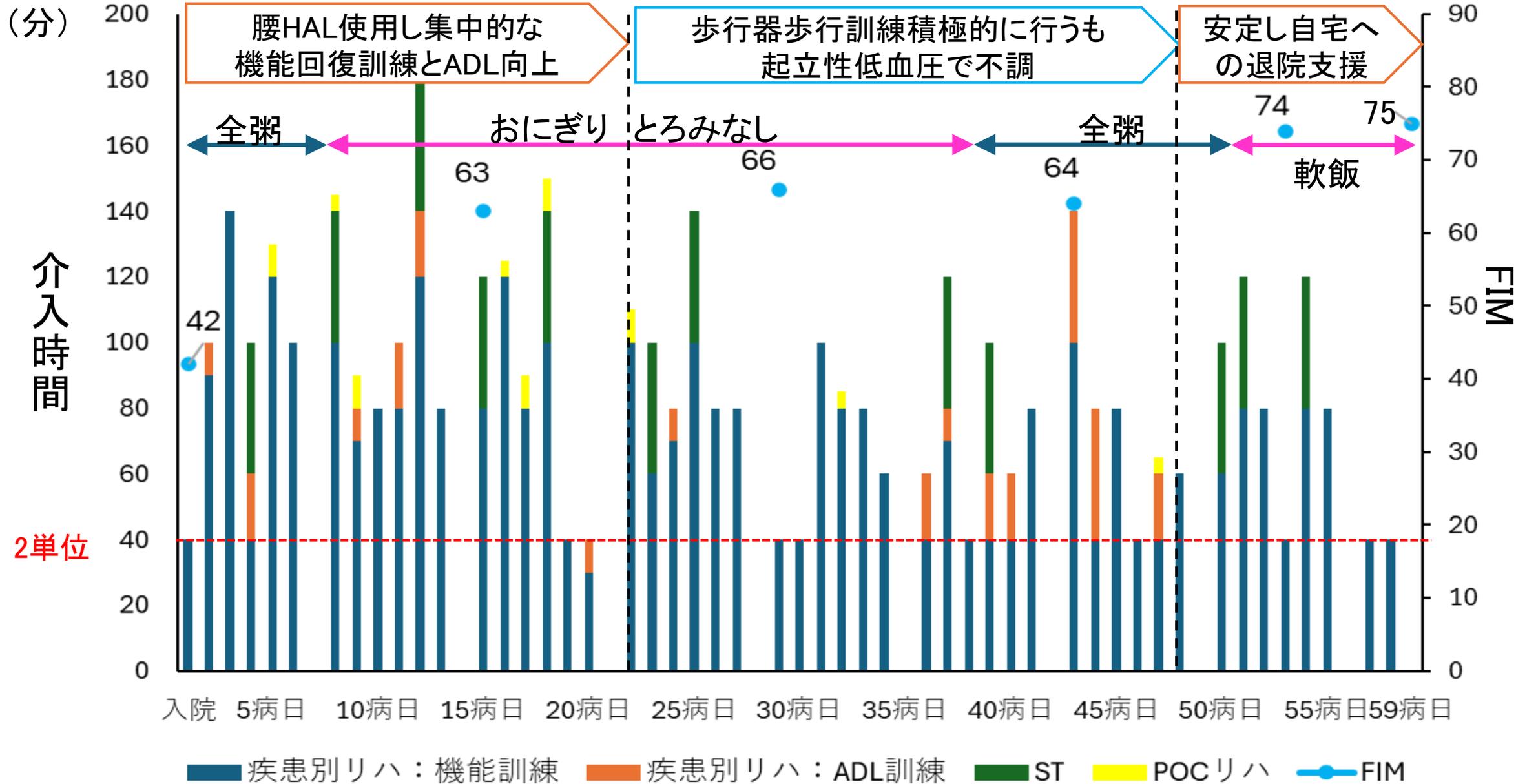
参加  
 他者交流は好き  
 徐々に家事の実施や  
 買い物が困難になって

家族・サービス提供者  
 からの情報収集  
 サービス調整，家族支援

娘の訪問支援週1回  
 夫は認知症で入院中

歩行器歩行と排泄自立し自宅へ退院。  
 夫が退院したら二人で自宅で過ごすことができる。

# 経過：平均提供疾患別リハ量3.8単位



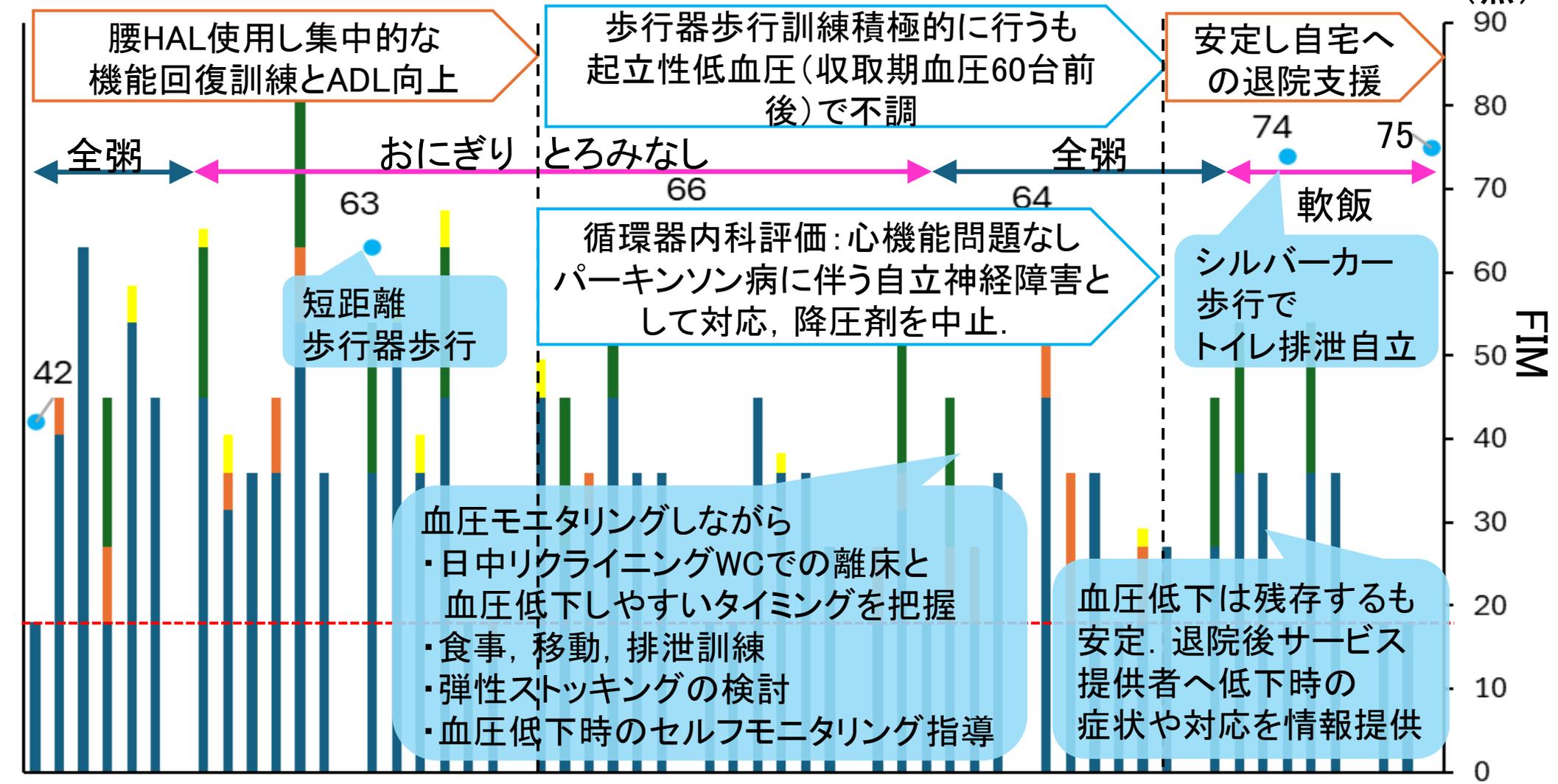
# 経過：平均提供疾患別リハ量3.8単位

(分)

(点)

介入時間

2単位



腰HAL使用し集中的な機能回復訓練とADL向上

歩行器歩行訓練積極的に行うも起立性低血圧(収取期血圧60台前後)で不調

安定し自宅への退院支援

短距離歩行器歩行

循環器内科評価：心機能問題なしパーキンソン病に伴う自立神経障害として対応，降圧剤を中止。

軟飯  
シルバーカー歩行でトイレ排泄自立

血圧モニタリングしながら  
・日中リクライニングWCでの離床と血圧低下しやすいタイミングを把握  
・食事，移動，排泄訓練  
・弾性ストッキングの検討  
・血圧低下時のセルフモニタリング指導

血圧低下は残存するも安定。退院後サービス提供者へ低下時の症状や対応を情報提供

入院 5病日 10病日 15病日 20病日 25病日 30病日 35病日 40病日 45病日 50病日 55病日 59病日

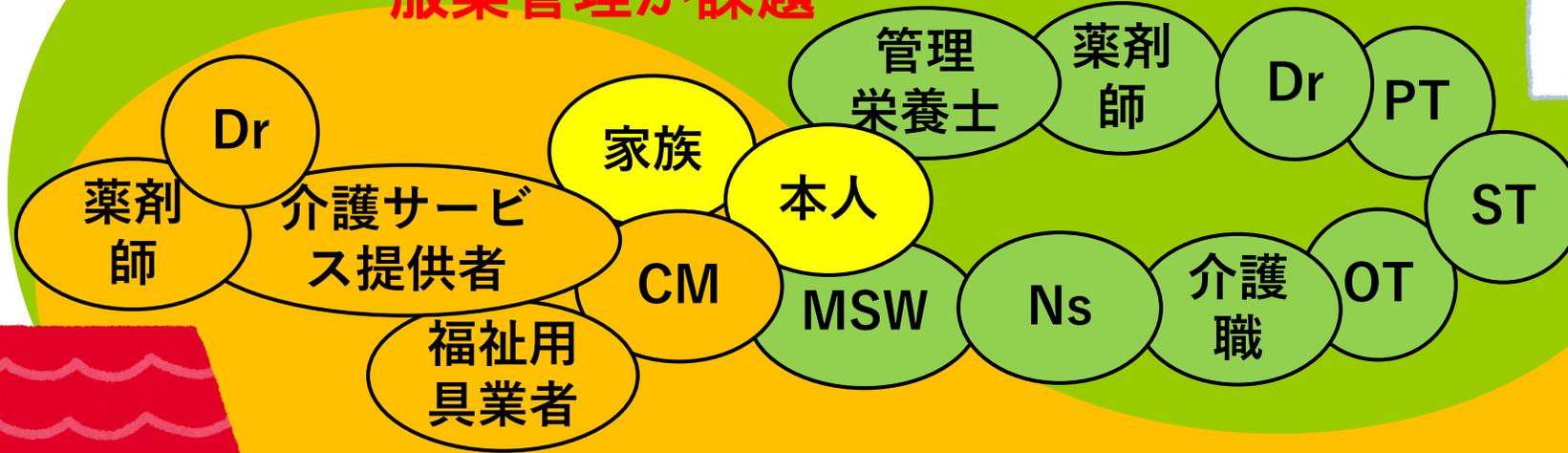
■ 疾患別リハ：機能訓練 ■ 疾患別リハ：ADL訓練 ■ ST ■ POCリハ ● FIM

# 経過：PerFMに基づく多職種連携

病院(入院)



- ・転倒予防ラウンド・入院時CC
- ・ポリファーマシーCC・栄養管理
- ・看護師・介護職とADL支援方法の共有
- ・服薬管理が課題



- ・事例・家族へ今後の生活についての意向やサービス利用の意向確認, サービス調整
- ・CM・地域薬剤師・Drと服薬管理について検討・調整
- ・退院前CC

在宅 (通院・訪門・通所・入所等)



# 経過：内服調整

## 持参薬 17剤

○当院：レボドパ・ベンセラジド塩酸塩錠 2錠/朝夕

○A院：エンメプラゾールカプセル20mg 1C/夕

ベオーバ錠50mg 1錠/夕

エスゾピクロン錠1mg 1錠/眠前

スボレキサント15mg 1錠/眠前

シルニジピン錠5mg 1錠/朝

シタグリプチン50mg 1錠/朝

アコファイド錠100mg 3錠/分3食前

○B院：メチコバル錠500 3錠/分3

カロナール錠200mg 3錠/分3

ツムラ40 猪苓湯 3包/分3

エルデカルシトールカプセル0.75 $\mu$ g 1C /朝

レバミピド錠100mg 2錠/朝夕

シロスタゾールOD錠50mg 2錠/朝夕

ワクシニアウイルス接種家兎炎症皮膚抽出液4単位 4錠/朝夕

プラミペキソール塩酸塩0.125mg 2錠/朝夕

ツムラ68 芍薬甘草湯 1包/眠前

内科・泌尿器科・循環器内科で重複・効果不明等薬剤を整理

地域薬剤師と協力し服薬管理を練習  
服薬ロボの使用など自己管理困難

## 退院時処方 11剤

ウラピジル徐放カプセル15mg 2C/2回

酸化マグネシウム(330mg)3錠/分3

エルデカルシトールカプセル0.75 $\mu$ g 1C /朝 骨粗

シロスタゾールOD錠50mg 2錠/朝夕

ワクシニアウイルス接種家兎炎症皮膚抽出液4単位  
4錠/朝夕

プラミペキソール塩酸塩0.125mg 2錠/朝夕

ツムラ68 芍薬甘草湯 1包/眠前

セレコキシブ錠100mg 2錠/2回

エンメプラゾールカプセル20mg 1C/夕

エスゾピクロン錠1mg 1錠/眠前

スボレキサント15mg 1錠/眠前

## 退院後

地域薬剤師がカレンダーにセットし、配食スタッフや通所スタッフ、家族で分担し服薬確認。

PTPシート⇒袋へ変更

# 結果

## 【心身機能・活動】

- 手すり使用し基本動作自立. シルバーカー歩行で排泄自立.

	初期	最終
GLIM基準	低栄養(筋肉量減少、炎症)BMI20.7	非該当 BMI21.8
握力(右/左 kg)	9.0/10.0	14.5/12.0
大腿四頭筋力(右/左 kgf)	3.8/4.9	9.7/9.3
5回立ち上がり(秒)	36.96	10.25
10m歩行(最大)(秒)	12.6 30歩 シルバーカー	10.8 26歩 独歩
HDS-R	14点	23点

## 【退院後生活】

- 自宅環境は入院前と同じ.
- ヘルパーと通所の利用回数を追加. 配食スタッフや通所スタッフ, 家族で分担し服薬確認.
- 退院時内服17⇒11剤, 地域薬剤師の訪問と必要時の調整継続を引き継ぎ.
- 入所施設の申し込みを実施.

# まとめ

○地域包括ケア病棟・病床では、急性期から包括期までの視点を持ち、高齢多  
疾病併存患者の入院前・入院時の状態、退院後を見据えて柔軟にリハ介入方  
法を駆使していく必要がある。

○事例が示すように、病棟ADLへの積極的な介入は、廃用予防から機能回復、  
生活再建に至るまで重要である。

○「ときどき入院、ほぼ在宅」を支えるために

- 多職種がそれぞれの専門性を活かし、院内だけでなく地域と一体となり継続的  
に情報共有を行うことで顔の見える関係が築かれ、患者・家族の意向を踏まえ  
た退院後の生活支援、再入院予防につながる。
- 療法士は多職種連携を基盤として、機能回復・ADL向上に加え、退院後の生  
活を見据えた動作練習、住環境調整、サービス調整、家族支援を担う役割が  
重要である。



ご清聴ありがとうございました