

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④

野瀬病院 地域包括ケア病棟 師長 看護師  
森本葉子（もりもと ようこ）

#### 【略歴】

1988年4月 大阪府吹田市立吹田市民病院入職  
1992年3月 上記退職  
1992年4月 兵庫県立塚口病院入職（現 兵庫県立尼崎総合医療センター）  
2021年3月 上記退職  
2021年4月 医療法人社団十善会 野瀬病院入職 現在に至る

# 地域包括ケア病棟における生活につながる リハビリと看護師の役割

～限られた入院期間の中で、病棟をコミュニティの場にする試み～

野瀬病院 看護師長 森本 葉子

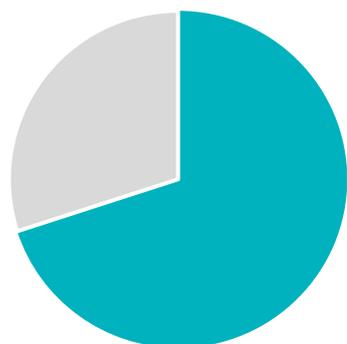
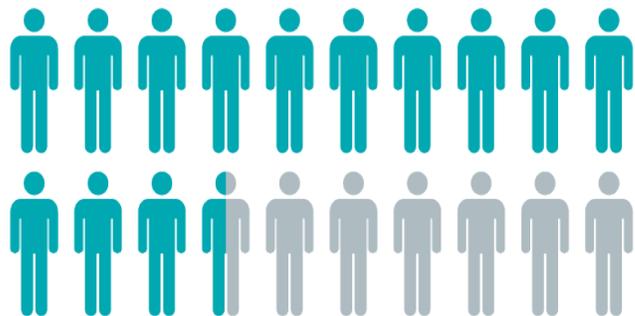
## 病院概要

名称	医療法人社団 十善会 野瀬病院
所在地	神戸市長田区二葉町5-1-36
創立	1933年
診療科	整形外科、外科、循環器内科、 内科、泌尿器科、形成外科、 腎臓内科（人工透析）、 麻酔科、リハビリテーション科
病床数	90床 * 急性期一般 30床、地域包括ケア 60床
職員数	188名 *非常勤職員を含む



# 院内概況

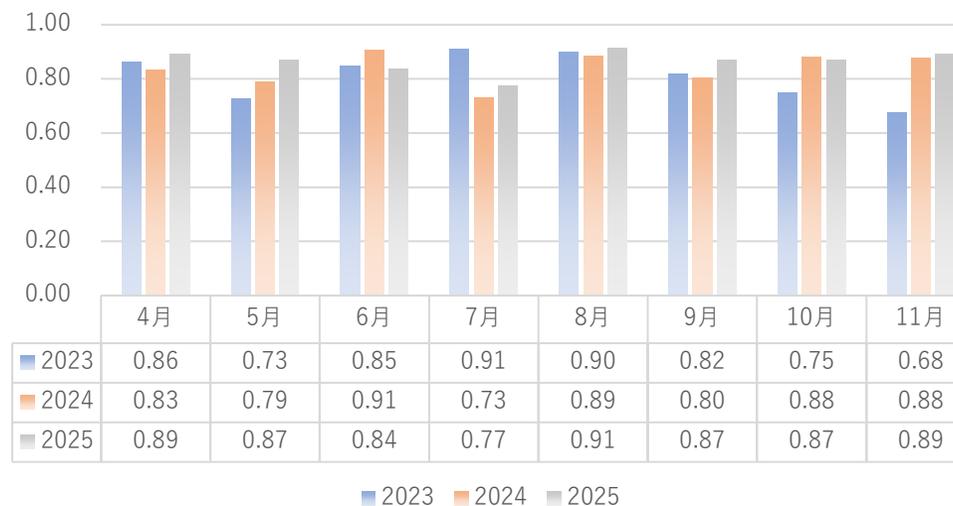
整形外科 × 高齢 × 認知機能低下が中心：転倒・骨折が退院後の生活を規定



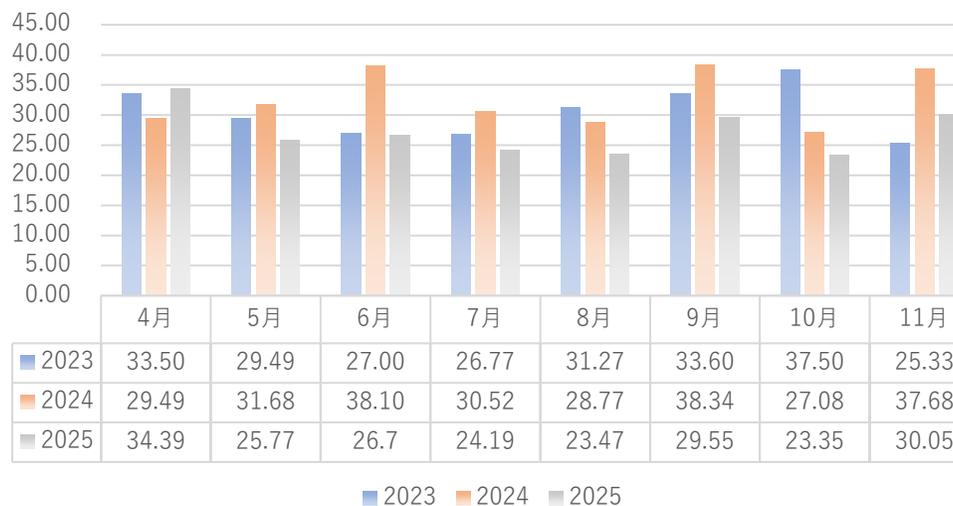
整形外科 **72%**

循環器内科 17%  
泌尿器科 8%  
形成外科 2%

### 地ケア病棟在宅復帰率



### 地ケア病棟平均在院日数推移



# 高齢者の転倒による骨折予防を強化

## 骨粗鬆症治療の強化

でい弱性骨折により、介護が必要となり自宅での生活が困難となる  
まず、職員が重要性を理解するために

- ①勉強会の開催（外部講師も招聘）
- ②職員への骨密度検査を推奨し、必要時は治療を開始（費用は  
病院負担）

**職員の骨は僕が守る**

骨粗鬆症マネージャーを3名の看護師が取得し  
活動強化

# ADL拡大と転倒リスクのジレンマ

「活動できるようになるほど危ない」—過度な行動制限が退院支援を難しくする

## リハビリで増える“できる”

- ・起立/移乗が改善
- ・歩行距離が伸びる → 行動範囲が広がる
- ・トイレ動作が自立へ

活動量UP ↑

↓  
転倒リスクUP

## 病棟で起こりがちな“制限の固定化”

- ・センサーマット/安全ベルトの継続
- ・「外して転倒したら…」という不安
- ・結果として行動制限が長期化

リハの目標（自宅生活）  
とのギャップ

## 定期的なカンファレンスの開催

毎週水曜：症例カンファ  
毎週木曜：せん妄・転倒カンファ  
火・金曜：入院カンファ



ADLの拡大、在院日数短縮・  
在宅復帰率の増加

看護師の葛藤：「安全」と「自立」の両立を、“個人の勇気”  
ではなく“チーム判断”へ

# 地域包括ケア病棟の制約：だから「生活の中でやる」

入院期間・リハ単位に限られるほど、病棟生活の設計が成果を左右する

## 制約（現場感）

- ・入院期間：40日（病棟運用）
- ・リハビリ単位：限られる
- ・毎日の個別介入が難しい日がある

## 基本方針

「リハ＝訓練室」ではなく、病棟の生活場面そのものを“リハの実装環境”にする

### ①生活動作の“実場面”介入（POCリハ）



### ②個別リハの補完（病棟デイ）

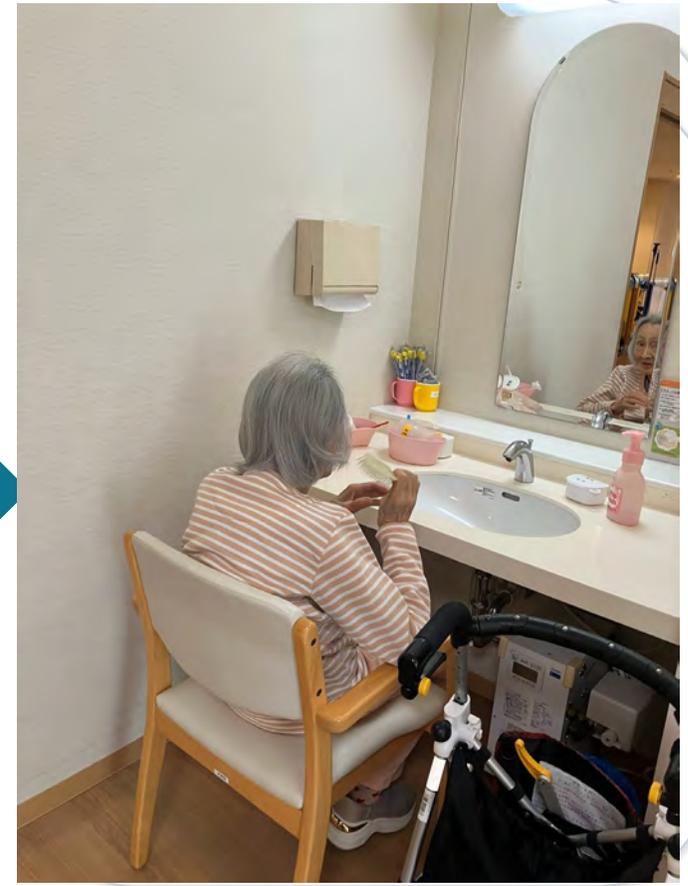


### ③退院後の社会参加へ（人と関わる場づくり）



# 取り組み①：POCリハ（朝食前後）の導入

生活動作が集中する時間帯に、実場面での支援と自立促進を行う



変化の例：ポータブルトイレを早朝に片付け → 日中はトイレ誘導で動作確認 → できない部分だけ介助 → リハへフィードバック

# 取り組み②：病棟デイ（集団プログラム）

個別リハを補完し、ADLの「量」と「質」を限られた期間で拡大する

## 狙い（地域包括ケア病棟での価値）

ADL拡大  
（動作の反復）

人と関わる場  
（孤立予防）

自己効力感  
（達成感）

背景：独居・同居家族なしの患者が多く、退院後に家へ閉じこもるケースも少なくない。

入院中から「人と関わる楽しさ」を経験し、退院後の生活・社会とのつながりを見据える。

## 一見レクリエーションしかし…

- ・ 立ち上がる
- ・ 手を伸ばす
- ・ バランスを取る
- ・ 声を掛け合う

= 多要素のリハ要素

「生活と人」をつなぐ  
集団リハの核

# 失敗から学ぶ

- ・ 移動に時間とマンパワーがかかる
- ・ 患者の待ち時間発生
- ・ スタッフからのネガティブな発言
- ・ 患者からの拒否

---

看護師による病棟デイ





セラピストによる病棟デイ

簡単な作業  
短時間で完成



達成感や満足感



「来年も飾れるね」  
「キラキラしてきれいやろ」  
認知症患者の集中力



# 病棟で生まれた「つながり」



病棟デイを通して会話が増加  
連絡先を交換  
「退院後もまた会おうね。」  
と約束



# 患者のそばにいる看護師がアウトカムを変える

## 看護師が担う3つの機能

1	最も長く生活に関わる立場として、セラピスト評価を24時間に展開する
2	「できない理由探し」ではなく「できそうな場面」を設計し、安全に生活を広げる
3	退院後の生活を見据え、家族・多職種・地域資源へつなぐ

患者の退院後の生活に、どれだけつながったかを振り返り、その生活はリハビリだけで完結するものではなく、病棟での過ごし方そのものがリハビリになっていることを再認識し、切れ目のない支援をしていきたいと思います。

# 看護師の役割：安心して退院後の生活がイメージできるよう支援

リハはセラピストだけでは完結しない—病棟での過ごし方そのものがリハになる

## 現状の課題

- ・ 認知症患者が多くマンパワー不足
- ・ 補完リハビリがセラピスト任せになりがち

**勉強会を重ねることで、疾患別リハと補完リハの理解を深めることが出来た**

\* POCや病棟デイの介入で、「動く機会」「役割」「成功体験」を得る



**行動制限を解除し自立できた**

\* セラピストと看護師がリハビリの視点を共有し、生活場面そのものをリハビリと捉える

\* 関わるスタッフが変わっても一貫したケアを受けることが出来るよう「リハビリはセラピストだけがするのではない」と共通認識

ご清聴ありがとうございました