

令和7年度

急性期

理学療法

推進フォーラム

事例集



公益社団法人

日本理学療法士協会

Japanese Physical Therapy Association

目次

※クリックすると該当のページに移動します。



- 01** 「新設救急病院における
- ハイブリッドなリハビリテーションの構築」
むさしの救急病院（東京都）

- 02** 「地域包括医療病棟に関する当院の取り組み」
- 安房地域医療センター（千葉県）

- 03** 「早期離床リハビリテーション加算算定体制の
- 構築による多職種連携と人員強化」
苑田第一病院（東京都）

- 04** 「呼吸器理学療法を中心とする内部障害への
- リハビリテーションと早期離床の導入について」
江別谷藤病院（北海道）

- 05** 「新規急性期・三次救急病院立ち上げでの
- 理学療法部門の構築-人員強化・人材育成-」
新潟県央基幹病院（新潟県）

- 06** 「人材育成（質）と人材強化（定着）の両立を
- 目指した急性期リハビリテーション365日体制
への戦略」
阪和記念病院（大阪府）

- 07** 「超高齢急性期患者への対応を踏まえた
- レジデント育成と外部研修制度」
小田原市立病院（神奈川県）

- 08** 「仕組みで支える脳血管疾患
- 急性期リハビリテーションの推進モデル
～限りある人材を最大限に活かすために～」
彦根市立病院（滋賀県）

新設救急病院における ハイブリッドなリハビリテーションの構築

晃悠会 むさしの救急病院 リハビリテーション科

富樫健太

◆ 今後増加する高齢者救急搬送の特徴

85歳以上増加

短期入院

内科的対処療法

リスク

二次的合併症のリスク増加
活動量低下に伴う身体機能低下
退院後の生活維持困難

求められる臨床

早期介入・離床に加え活動量向上の工夫
短期間での多面的・包括的な介入
個別性のある退院支援調整

※令和6年 新たな地域医療構想に関する取りまとめ

病院紹介



2024年 2月 開院 二次救急病院

実績 : 救急受け入れ件数 6500件 (2024年度)

病床数 : 132床 (ICU2床、HCU10床、3階60床、4階60床)

主な診療科 : 救命科、総合診療内科、脳外科、脳神経内科

循環器内科、呼吸器内科、消化器内科

消化器外科、整形外科、糖尿病内科

スタッフ構成 : PT10名 OT4名 ST4名

2

リハビリテーション科の長期目標



【長期目標】

救命救急において

ハイブリッドなリハビリテーションを確立し

世に発信できるようにする

▶ ハイブリッド・リハビリテーションとは…

専門性の高い治療技術、多職種と連携、最良のQOLを生み出す技術、これらがミックスされたリハビリテーション

3

介入目安と臨床指標のモデル

対象：救急搬送された65歳以上で非外科的治療の症例

		急性期 入院～7日目	亜急性期 ～14日	維持期 退院後
部門	PT	早期離床（2日以内）	自主練習の指導 しているADLの向上 集団リハビリテーション	外来リハ 訪問リハ 健康教室 地域事業への参加
	OT	せん妄予防（7～14%）		
	ST	早期嚥下評価・食事開始	VF	
連携	看護	病態・治療・ADLの共有		
	退院支援	入院前フレイルの評価・退院前カンファレンス 家屋訓練調査・退院時指導		
	栄養士	リハ栄養の検討と介入		

4

介入目安と臨床指標のモデル

対象：救急搬送された65歳以上で非外科的治療の症例

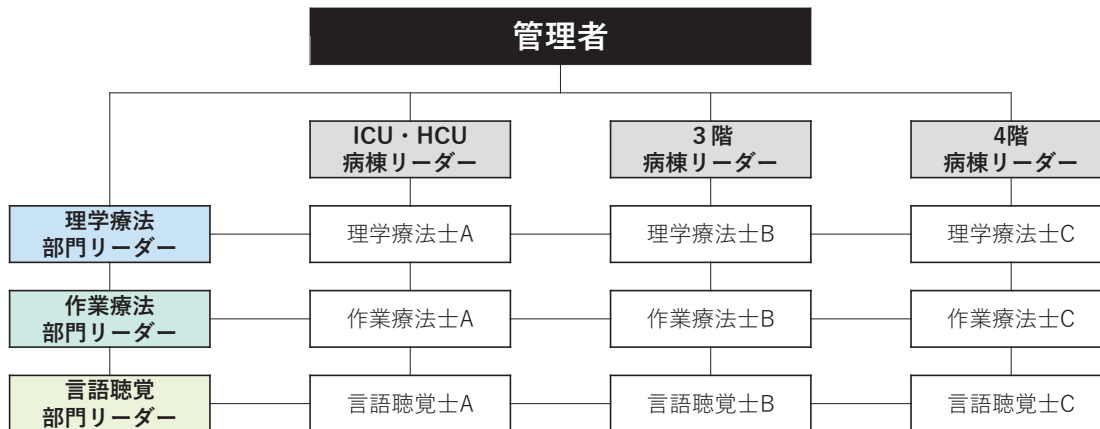
		急性期 入院～7日目	亜急性期 ～14日	維持期 退院後
	PT	早期離床（2日以内）	自主練習の指導	
<p>各部門や個人で何を実施するかが明確になり、日々の臨床の報連相や 会話がテーマに沿った内容になることでOJTの指針となり、早期から専門的 な介入スキルを習得できる教育システムとしての指針となった。</p>				
連携	退院支援	家屋訓練調査・退院時指導		地域事業への参加
	栄養士	リハ栄養の検討と介入		

5

システム構築の工夫

■ 役割を明確化するための体制整備

	PT	OT	ST
人数	10名	4名	4名



6

システム構築の工夫

■ 認識共有のためのマニュアルやフローチャートの作成

- ① 早期介入・頻度調整の目安
- ② 集団リハビリテーションの対象基準
- ③ 入院から外来リハへ移行する基準
- ④ 嚥下評価・嚥下造影検査・食形態の選択
- ⑤ リハ栄養の流れと連携

■ 基本的な知識・技術の統一と向上

- 基礎固め勉強会 (ROM、MMT、FIM、リスク管理、BLS、歩行評価、、、、)
- 症例検討会 (テーマ：せん妄予防・改善の介入、活動量向上の工夫、退院支援の内容)
- 学会でのアウトプット
- 〇〇強化月間 (挨拶、書類・報告書、手指消毒、インシデント報告、栄養)

7

■ 当院の実績

	2024年度	2025年4月－9月
当日新患介入率	54%	70%
リハ開始までの日数	2 (1 - 3) 日	1 (1 - 2) 日
車椅子乗車開始までの日数	2 (1 - 4) 日	2 (1 - 3) 日
せん妄発症率	7%	7%
自宅退院率	66%	75%
転帰までの日数	15 (9 - 23) 日	13.5 (9 - 24) 日
家屋訓練・調査件数	2件	11件

■ 急性期～退院支援に関わる当院の研究・症例報告（2024年度～2025年度）

- ・高齢者における入院前フレイルの特徴と離床や運動自己効力感の関連 (第40回日本心身健康科学学会)
- ・自主練習指導の工夫により入院中の活動量が向上し順調に入院前生活に戻った一症例 (リハビリテーション・ケア合同研究大会 2025)
- ・入院前フレイルでICU-AWを合併した症例の運動療法と栄養療法の経過 (第43回東京都理学療法学会学術大会)
- ・入院前フレイルで活動が乏しかった軽傷例に対する退院支援の工夫 (第44回東京都理学療法学会学術大会)
- ・LSA拡大に着目した高齢心臓連合弁膜症の一症例に対する介入と経過の考察 (日本循環器理学療法学会学術大会)

8

今後の取り組み

① 救命救急の非外科術後症例に対する専門性のある多面的・包括的リハの実施と効果検証

→短期入院の後期高齢者に対する離床や活動量向上、せん妄介入、退院支援、リハ栄養など一症例一症例丁寧に実施しリハの効果を検証を継続していく。

② 各プロトコルの運用と評価

→ICU・せん妄予防・退院支援・栄養など連携が必要な介入のプロトコル作成運用と評価を行う。

③ 急性期リハの効率向上・目標単位数の吟味

→多面的・包括的に介入する中で連携は重要であり診療以外の時間が必要。

また、短期入院となることで書類の数が増えている。

症例によって必要量と頻度を調整し、より効率的に介入するシステムが必要。

9

地域包括医療病棟に関する 当院の取り組み

社会福祉法人太陽会 安房地域医療センター リハビリテーション室
副主任 運動器認定理学療法士
中川雅雄

【施設概要】

- ・法人・名称 : 社会福祉法人太陽会 安房地域医療センター
- ・所在地・役割 : 千葉県安房医療圏の中核病院 (二次救急指定・災害拠点病院)
- ・病床数 : 149床 (HCU,急性期一般入院料2:2病棟,地域包括医療病棟:1病棟)

【診療・リハビリテーション体制(2024年度実績)】

- ・高稼働な救急体制
 - ・救急車受入2849件,救急自力来院者約1.6万人
 - ・小規模ながら地域の救急医療の最前線を担う。
- ・リハビリテーション室 :
 - ・約40名 (PT28名,OT5名,ST4名,DH1名)
 - ・365日体制,病棟常駐制,入院直後から早期介入
 - ・疾患別リハ
(脳血管 I ,運動器 I ,呼吸 I ,心大血管 I 廃用 I ,がん)
 - ・疾患別リハビリ実施率 : 61.4%
(2024年度全入院患者)



※安房医療圏
千葉県館山市、鴨川市
南房総市、鋸南町

はじめに

背景

- ・安房医療圏は高齢化率が42.5%.
- ・平均年齢は全入院患者72歳.疾患別リハ患者約80歳と高い.Multimorbidity (多疾患併存状態) やMulti-problemを有するケースが多く,退院調整に難渋するケースが多い.
- ・当院は2014年より病棟常駐・365日体制をとり,早期介入,多職種連携をすすめ早期退院支援を進めてきた.
- ・2024年度10月より地域包括医療病棟を設置し,内科系から外科系へ届出変更もあったが,現在の取り組みについて報告する.

【病棟特徴と人員配置】

	内科系病棟A 48床	内科系病棟B 48床	外科系病棟C 48床
2024年9月まで	急性期一般病棟 PT6,OT1	急性期一般病棟 PT6,OT1	急性期一般病棟 PT6~8,OT2
2024年10月~2025年3月	地域包括医療病棟 専従PT2,専任PT4/OT1	急性期一般病棟 PT6,OT1	急性期一般病棟 PT6~8,OT2
2025年4月~現在	急性期一般病棟 PT6,OT1	急性期一般病棟 PT6,OT1	地域包括医療病棟 専従PT1ST1、専任PT6/OT2

取組①

取組②

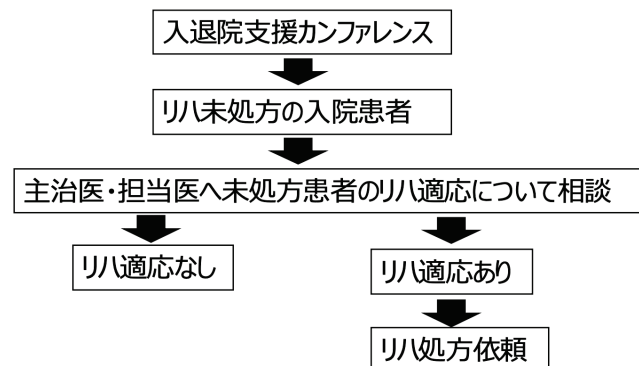
まとめ

はじめに

早期介入/多職種連携

- ・当院は入退院支援加算1を取得.入退院支援カンファレンスに理学療法士も参加し,新規入院患者のスクリーニング,多職種連携をしている.
- ・リハビリ未処方入院患者は,下記のフローを参考に医師・看護師等と連携している.
- ・入院3日以内の疾患別リハ実施率は87.3%。

【リハビリ未処方スクリーニング】



【介入プロセス】

- ・[入院直後] 早期スクリーニング・多職種連携
- ・[入院中] 365日体制による切れ目のない体制
- ・[退院前] 退院前カンファレンス, 必要に応じて退院前訪問指導
- ・[退院後] 当院外来リハや必要に応じて訪問リハ 他院・他事業所へ移行

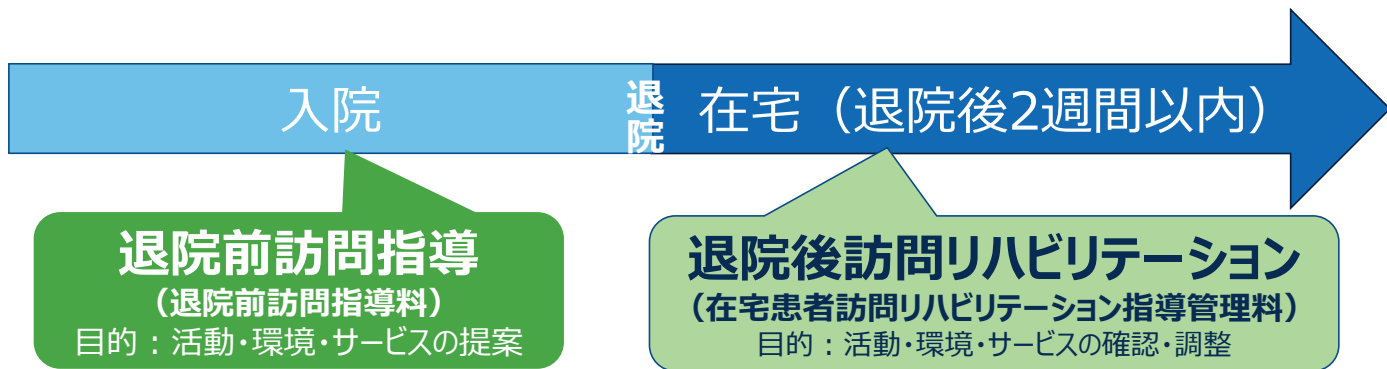
取組①

取組②

まとめ

退院前後の訪問

円滑な退院支援を目的に退院前訪問指導、退院後の訪問リハビリテーション



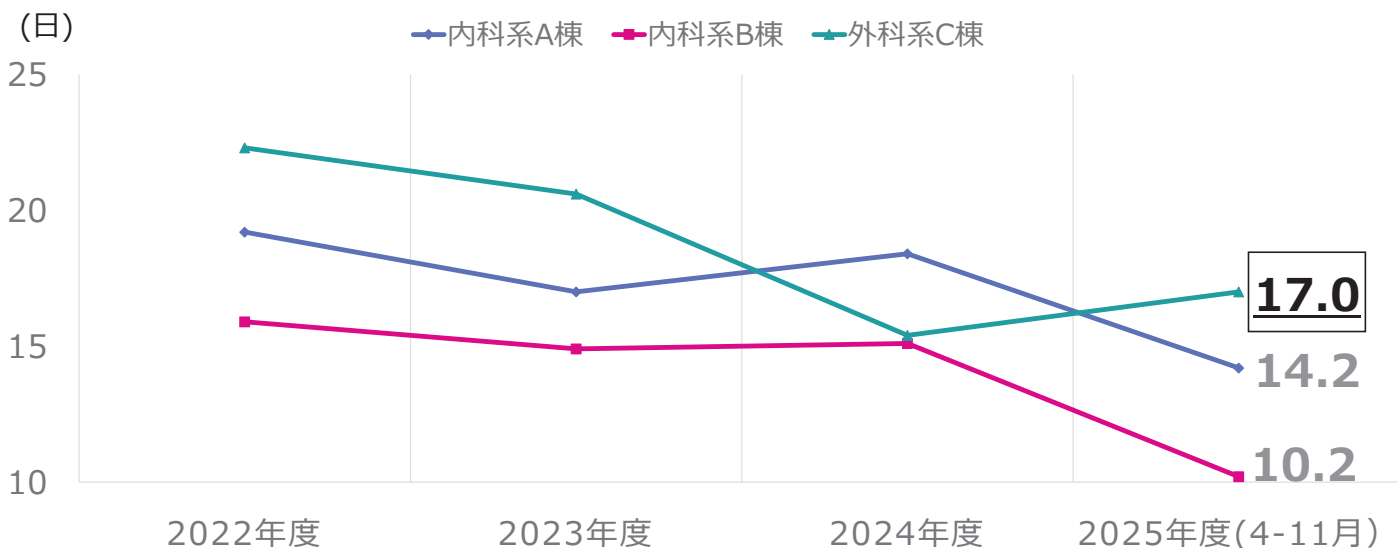
※補足

在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料の算定要件として通院困難者及び患者の急性増悪者が対象と明記。当院は急性期病院であり長期のリソース（人員等）を割くことが難しいため、「退院後2週間」と院内規定としている。また地域包括医療病棟の専従者は施設基準上対応困難であるため、その他スタッフで対応している。

4

○結果

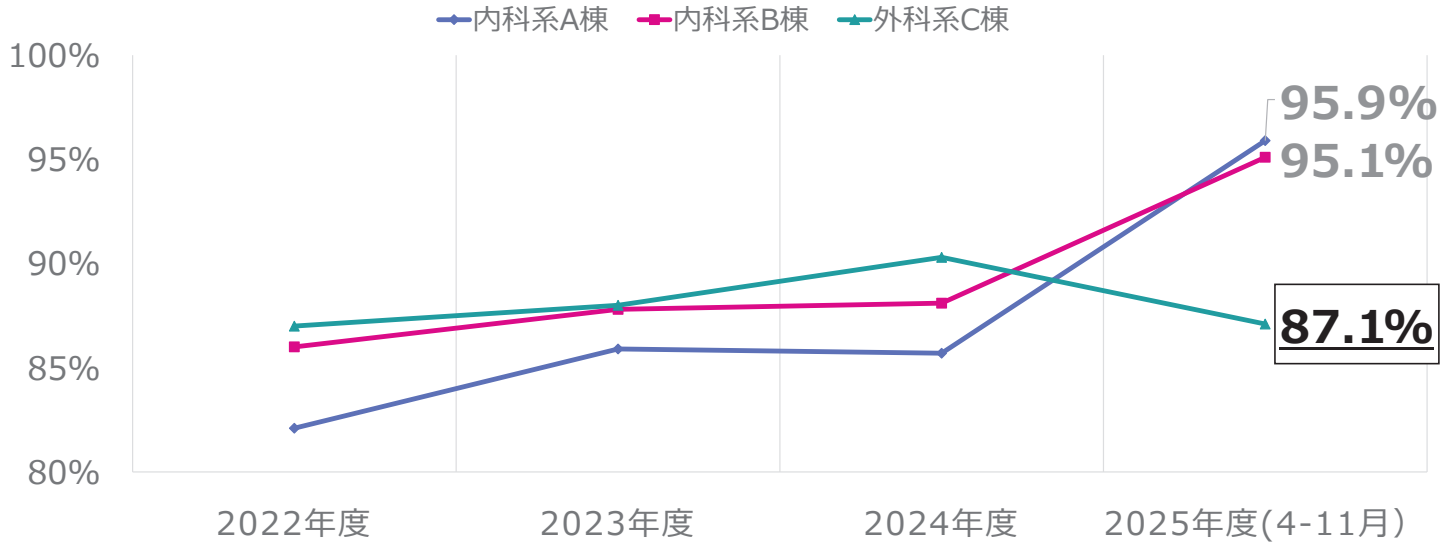
平均在院日数



5

○結果

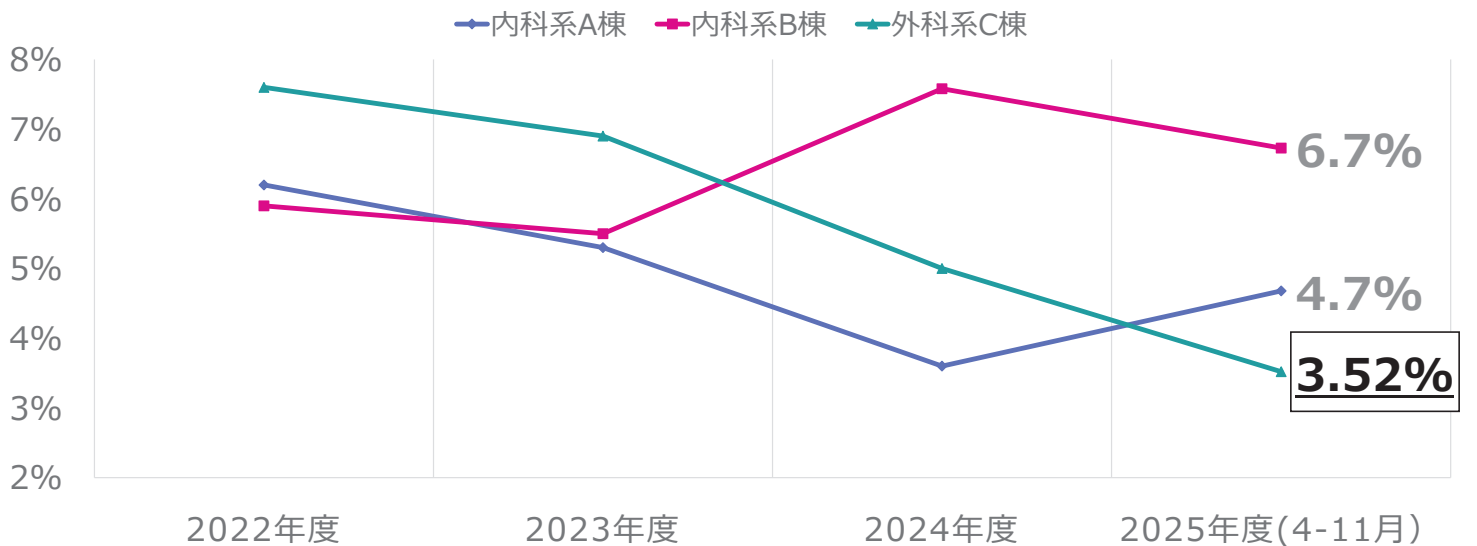
在宅復帰率 (%)



6

○結果

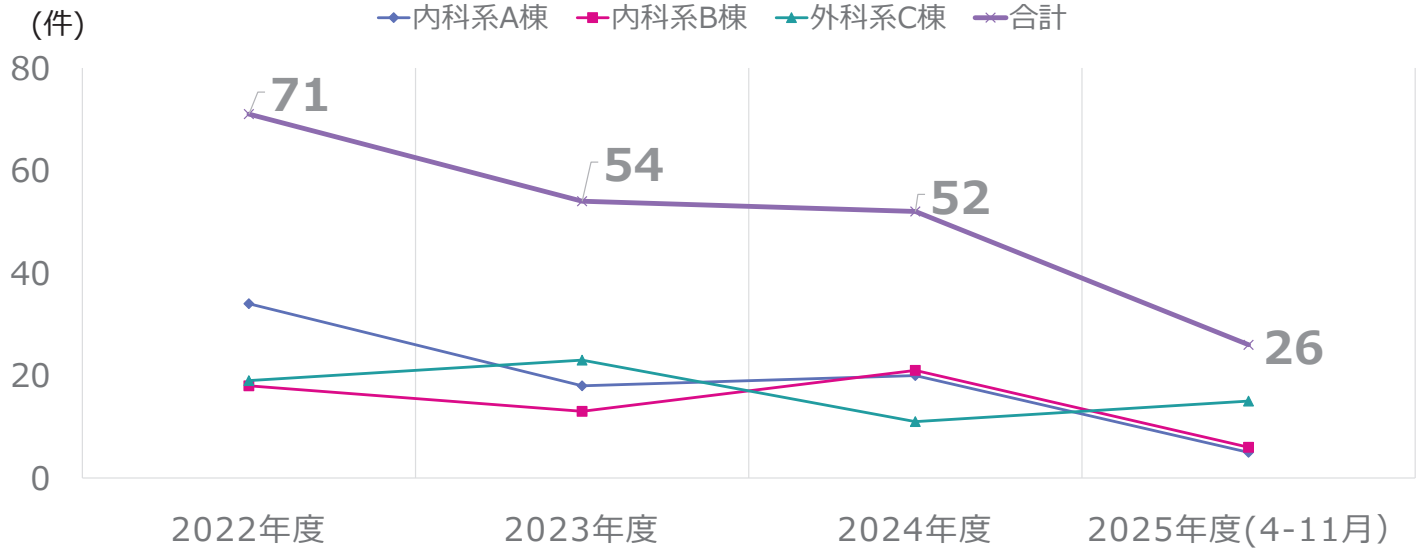
ADL低下率%



7

○結果

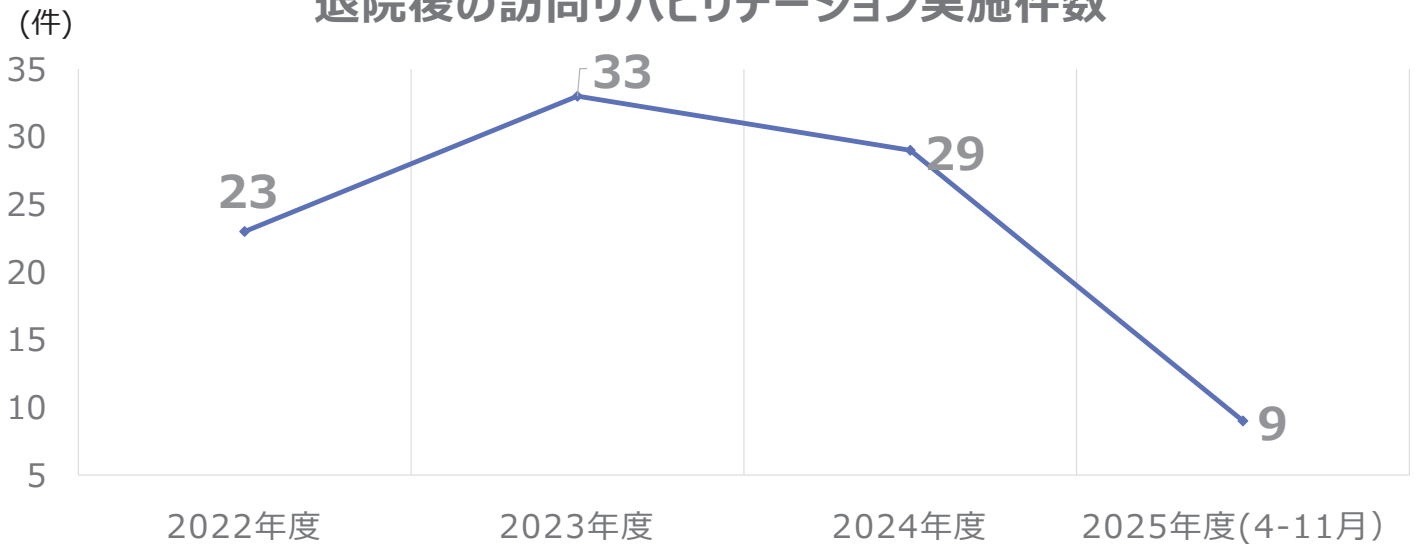
退院前訪問指導件数



8

○結果

退院後の訪問リハビリテーション実施件数



※上記図表は「在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料」の算定件数

9

○まとめ

- ・当院は病棟常駐体制をとり,早期介入,多職種連携,退院前後の訪問を積極的に実施してきた.
- ・2025年4月～11月までの地域包括医療病棟の実績は平均在院日数17日,在宅復帰率87.1%,ADL低下率3.52%であった.
- ・MultimorbidityやMulti-problemを有する患者が増加しており,算定上の基準人員のみでは実績の維持が困難になりつつある.
- ・病棟での集中介入や地域包括医療病棟入院料算定の安定化のためには規定以上の人員配置が求められる.

○今後の展望等

リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算取得や疾患別リハの休日実施率向上に向けて検討していく.

早期離床リハビリテーション加算算定体制の構築による多職種連携と人員強化

所属：医療法人社団苑田会苑田第一病院 リハビリテーション部
氏名：林 洋暁（RPT、MS）

はじめに

取組①

取組②

まとめ



医療法人社団苑田会 苑田第一病院

東京都指定二次救急医療機関認可
DPC対象病院認可

病床数：221床

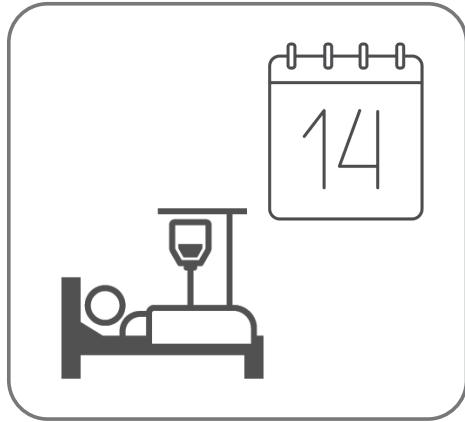
ハイケアユニット（HCU）20床 ハイケアユニット入院医療管理料1

脳卒中ケアユニット（SCU）6床

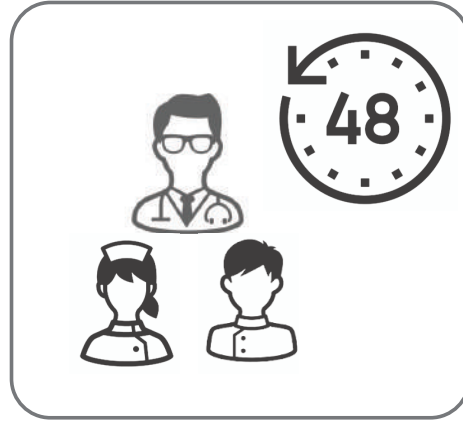
急性期一般入院基本料1（看護体制7：1）

苑田第一病院紹介
・二次救急指定医療機関
・HCUで早期離床リハビリテーション加算算定開始

早期離床リハビリテーション加算



入室から14日以内算定可



48時間以内に計画策定

- ・早期離床リハビリテーション加算
- ・特定集中治療室に入室した患者に対して、多職種で早期離床やリハビリテーションに関わる総合的な取り組みを実施
- ・具体的な支援施策について計画を立て、48時間以内に取り組みを開始
- ・定期的な再評価が必要

病院による差異



看護師主導型



リハ主導型

カンファレンス



カンファレンス頻度はそれぞれ違う

- ・早期離床リハビリテーション加算算定にあたり病院による差異がある
- ・療法士は助言のみで看護師のみの介入となる場合や実質的な介入が各療法士のみとなる場合など
- ・口頭聴取範囲でも差異がみられる
- ・定期的な評価体制についてもタイミングはそれぞれである

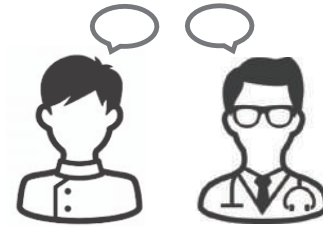
当院の課題



リハ主導型



処方有無による
介入開始までの差



相談先限定的

- 当院の課題
- ・ 実質的な離床や介入は各診療科医師からの処方に基づいて、リハビリテーション部スタッフで行う形のみ
 - ・ 処方の無い患者への介入はない
 - ・ 相談先が各診療科主治医のみに限定

運用方法

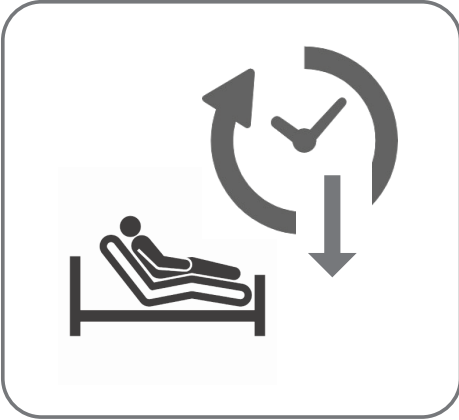
<カンファレンス>

対象：朝入室している全患者

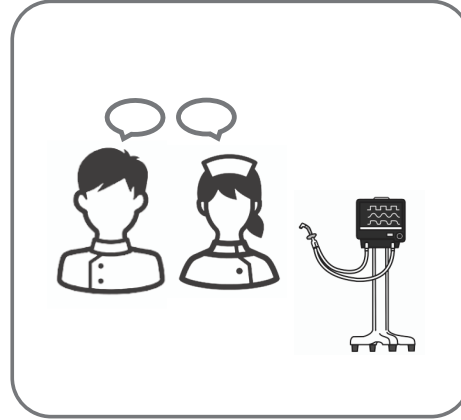
参加者：麻酔科医、看護師、リハ職種、（医事課スタッフ）

内容：①各患者の情報を共有し介入是非の判断
②リハ職種・Nsどちらで加算算定するか
③前日いる患者についてどのような介入を実施しているか

- 当院で取り入れる際の運用方法
- ・ カンファレンス参加者は麻酔科医、看護師、リハビリ職種
 - ・ 麻酔科医判断で介入是非判断とし主治医の処方箋待ちがなくなる
 - ・ 状態により看護師による介入を検討
 - ・ 前日からいる患者の情報共有




介入開始期間短縮



協力体制増加


運用開始からの効果

- ・リハビリ介入開始までの時間が短縮した
- ・看護師や麻酔科医との協力体制が増加した
- ・離床時間増加、介助量の多い患者の離床促進
- ・人工呼吸器患者離床時の麻酔科医帯同



離床は協働した上で
ベッドへ戻すのは？

午前か午後かどっちで
リハ職種が介入？



もっとやった方がいいと
思うけど…

疾患別リハの時より長く
滞在することが無くなった

運用開始後にでた課題

- ・看護師とリハ職種どちらでベッドに戻すか
- ・介入に関する妥当性への疑問



体制構築による効果
 ・多職種での会話機会が増え、実際の介入場面での協働も増加した
 ・多職種の意見に触れることでの知識増加も得られ、さらにディスカッションが増加することに繋がる

多職種で協働できる仕組みを作りながら
 早期離床リハビリテーション加算の算定を開始
 介入開始までの期間が短縮、離床場面での協働が増加

協働体制増加による人員強化サイクルができてきた

対話・協働機会増加に伴い目が向くようになった質の向上が求められる

まとめと今後の展望
 ・多職種での協働を意識した仕組みの構築を行った
 ・その結果、介入開始までの期間が短縮した
 ・離床などに対する取り組みがリハ職種主体から多職種協働にシフトしてきた
 ・多職種で話す機会が増えたが故に、ミクロな点で質に目が向くようになった
 ・目の前の患者様のため、多職種で協働し、質を向上させていく必要がある

呼吸器理学療法を中心とする 内部障害へのリハビリテーションと 早期離床の導入について

所属：医療法人社団 藤花会 江別谷藤病院
氏名：高橋 舞

当院は整形外科が主な診療科であるが、
内部障害に対するリハビリテーション実施
の機会も増加してきた。

【内部障害に対するリハビリテーションが増加した背景】

2020年よりリウマチ内科医、
2021年より呼吸器内科医が着任

コロナ感染患者の受け入れを開始(感染症棟開設)

内科救急が1次から2次へ拡大

札幌市内の急性期病院より特定疾患(間質性肺炎)等、治療後のリハビリテーション目的の患者の転院を受け入れ

2

【呼吸器理学療法を導入することになった背景】

前述の状況に伴い医師より内部障害に対するリハビリテーションの指示が増える。

約1年後には術後呼吸器合併症により無気肺を起こした患者や人工呼吸器管理となった患者のリハビリテーションにも対応することとなる。

3

【導入開始にあたって】

筆者は呼吸器理学療法の知識や技術を必要とする患者の担当経験はこれまで多くはなかった。

そこで呼吸器理学療法について深く関わることになったスタッフを教育・育成しながら一緒に協力して実施していくこととした。

4

【内部障害への導入】

以下の事について事前に説明・指導

- ・ 疾患について
- ・ それに伴う各種検査項目とその内容について
- ・ バイタル変化における注意点
- ・ それらを踏まえた実施内容の説明と手技の実施

5

【取り組みを開始して】

特にリハビリテーション目的にて転院してくる患者は特定疾患以外にも癌や他の特定疾患といった難渋する既往歴を有しており、リハビリテーション実施の難易度が高い場合が多い。



- ・ より疾患についての事前学習が必要
- ・ 実際の実施手技の練習が必要

6

【コロナ感染患者の受け入れを開始】

内部障害に対するリハビリテーションが増えてきた時期と同時期にコロナ感染患者へのリハビリテーションも開始。



当院にて感染直後から退院まで継続してリハビリテーションを実施。

7

【早期離床への導入】

- ・整形外科疾患の術後に呼吸器合併症(術後無気肺)を発症。
- ・バイタル変動があり、なかなか離床が進まない。
- ・術後人工呼吸器管理が必要となる。



急性期呼吸リハビリテーションを
元に早期離床を実施。

8

【取り組みを開始して】

今までよりも更にバイタル変化・血液検査・血液ガス分析結果の理解についても知識が求められる。

実施中



パネルモニターに表示される血圧・SpO2・脈拍・呼吸数についてこれらの変化を総合的に判断しながら離床を進める必要があった。

9

【取組み実施時の状況】

早期離床が難渋している患者はルート管理が多く、バイタル変動も多いことがほとんど。



他のスタッフのサポートを得て実際の離床の実施とルート・バイタル管理に役割を分担。

10

【取組後の変化点】

実際の場面を見てもらうことができる

1人で離床を実施するにはリスクが高い場合



他のスタッフのサポートを得て端座位保持以降のリハビリテーションを実施することが他のスタッフにも理解され始める。

11

【呼吸器理学療法の導入にあたって】

それまで参加経験のなかった呼吸器理学療法の研修会や学術大会に参加。

参加後



部門内での伝達講習を実施。

より専門性の高い内容については初期の頃から一緒に取り組んできてくれたスタッフに内容の説明を行う。

12

【取り組みのまとめ】

内科疾患・コロナ感染・早期離床についてほぼ同時進行で新たな実施内容に取り組む。

リスク管理についてより総合的な能力が必要とされる機会も多くなる。



それぞれに応じたリスク管理や知識・技術が必要とされる状況ではあったが、約5年程度の期間で呼吸器理学療法を必要とする患者に対応出来るようになる。

13

【今後の展望】

当院の特徴として地域医療機関としての役割は大きく、内部障害・早期離床、そしてこれらの要素を複合的に有する患者に対しても対応できるように今までの取り組みを元にスタッフの育成を継続していきたい。

新規急性期・三次救急病院立ち上げでの 理学療法部門の構築 -人員強化・人材育成-

済生会新潟県央基幹病院 リハビリテーション部
瀬崎 学

Saiseikai Niigata KENOH KIKAN Hospital

COIはありません

済生会新潟県央基幹病院 リハビリテーション部
瀬崎 学

Saiseikai Niigata KENOH KIKAN Hospital



当院は新潟県県央地域医療機関の統廃合から、新たな400床の三次救急病院として2024年3月1日に開院した

しかし元来急性期・救急病院での勤務経験がないリハスタッフが多く、チームビルディングやスタッフ啓発への工夫が希求された

今回は新規病院開設における理学療法部門での取り組みを報告する

Saiseikai Niigata KENOH KIKAN Hospital



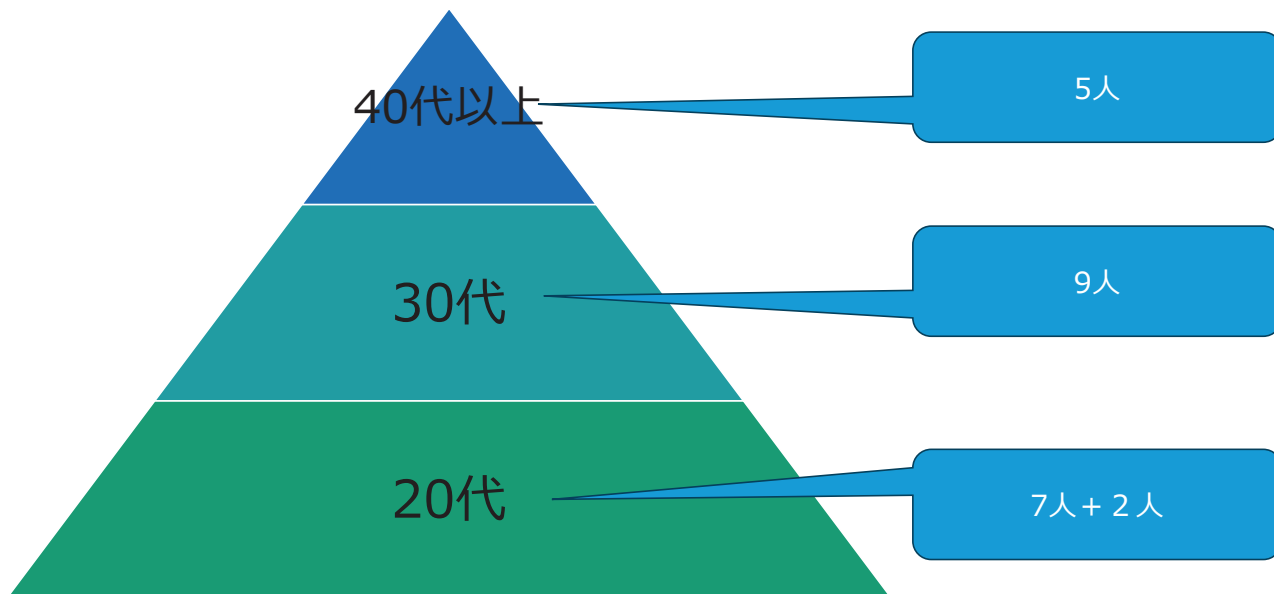
済生会新潟県央基幹病院

全29科、400床
ICU12床 ERベッド8床
年間救急車応需数 7000件弱
(walk in合わせ10000超/年)

リハビリテーション部 計37名
理学療法士 21名
作業療法士 11名
言語聴覚士 5名
※365日リハビリテーションを実施
(新潟県内救急病院では唯一)

Saiseikai Niigata KENOH KIKAN Hospital

理学療法部門の年齢構成



Saiseikai Niigata KENOH KIKAN Hospital

4

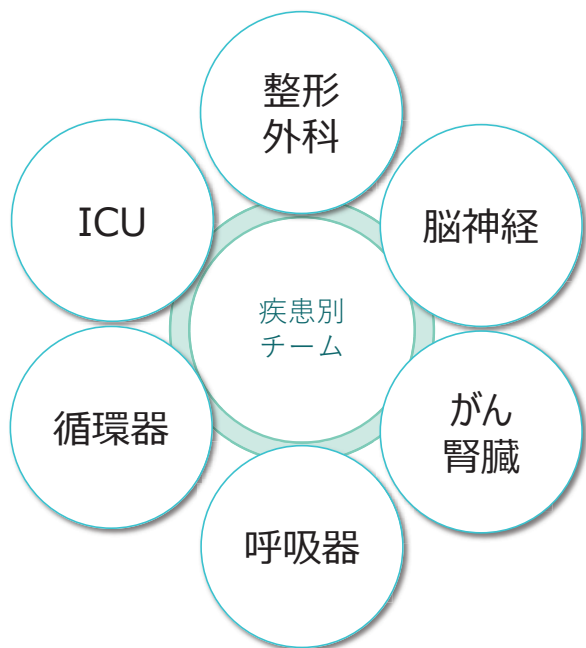
はじめに

取組①

取組②

まとめ

① 人員強化への取り組み



①疾患別チームによる取り組み
疾患群毎にチームを作成、各チームが
診療報酬/人員強化への取り組みを強化

- ・各病棟/各科医師との連携強化
- ・教育/研究への関与
- ・心臓リハ件数の増加 外来枠の増設
- ・ICU/ 早期離床加算への取り組み
- ・腎臓リハへの関与
- ・認定理学療法士取得へのサポート
- ・呼吸療法認定士/心臓リハビリテーション指導士/
心不全療養指導士取得へのサポート

Saiseikai Niigata KENOH KIKAN Hospital

5

はじめに

取組①

取組②

まとめ

はじめに

取組①

取組②

まとめ



カンファレンスの立ち上げ
多職種連携の実践



患者氏名	性別	年齢	TP	歩	LDH	BUN	Cr	CRP	PS	入院日	
2	2	23	2212412	9.4	1.7	383	18.1	0.59	23.06	8.8	2024
2	2	23	0700053	8.3	2.4	387	18	1.07	21.42	12.7	2024
2	2	22	0413044	8.1	3.4	204	17	1.01	5.85	12.3	2024
1	2	22	2129058	8.2	3	383	18.9	0.74	2.69	8.1	2024
1	2	18	1840278	8.8	3.7	222	21.8	0.86	0.84	19.8	2024
1	2	17	0403618	8.8	3.1	842	20.8	0.86	8.84	11.9	2024
2	2	21	83391	7.2	3.5	358	19.8	0.82	10.42	12.4	2024
1	2	24	5181408	8.4	2.5	1985	44.8	1.8	44.87	18.3	2024
2	2	23	0606583	7.8	3.7	233	17.9	0.78	4.18	17.1	2024
2	2	20	0884012	8.2	2.4	813	111.5	11.45	34.04	14.8	2024
0	2	18	0918701	3.3	2.7	215	54.7	0.78	13.65	13	2024
1	2	20	0984442	7.7	4.3	264	18.5	1.05	1.81	18.3	2024
1	2	20	0906583	18.8	1.7	289	19.2	0.44	24.87	11.2	2024
2	2	28	1333333	4.8	2.8	361	22	1.07	0.49	8.1	2024
0	17	1904289	3.8	3.1	144	14.2	0.82	9.8	12.7	2024	
1	2	22	200275	7.8	3.8	407	21.2	1.07	14.72	15.8	2024
0	20	0818021	8.1	2.8	448	71.4	3.5	18.25	12.3	2024	
1	0	20	0874118	8.7	2.8	311	18.8	0.88	9.3	12.2	2024
1	2	32	2924184	5.1	2.8	343	49.2	1.84	19.32	12.3	2024
2	2	23	0720762	8.8	3.8	478	22.4	1.11	0.89	14.1	2024
1	2	22	0789287	8.8	3.5	318	17.5	0.71	2.92	13.9	2024

ICUでの理学療法評価の標準化

自由度	変動	分散	いされた分	有意 F
6	11150.91	1858.485	3.614433	0.003108
83	42677.31	514.1845		
89	53828.22			

係数	標準偏差	t	P-値	下限 95%	上限 95%	下限 95.0%	上限 95.0%
74.96394	14.72543	5.090781	2.19E-06	45.67565	104.2522	45.67565	104.2522
-0.79949	0.344542	-2.32043	0.022773	-1.48477	-0.1142	-1.48477	-0.1142
0.094414	0.204039	0.462728	0.64477	-0.31141	0.500239	-0.31141	0.500239
-1.17274	0.713388	-1.6439	0.10398	-2.59164	0.246162	-2.59164	0.246162
1.144234	2.222484	0.514845	0.60803	-3.2762	5.564664	-3.2762	5.564664
1.682201	1.906391	0.882401	0.380109	-2.10953	5.473936	-2.10953	5.473936
0.150299	0.716947	0.209637	0.834465	-1.27568	1.576278	-1.27568	1.576278

自施設データの解析・研究報告

Saiseikai Niigata KENOH KIKAN Hospital

6

はじめに

取組①

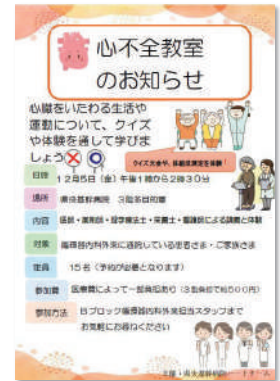
取組②

まとめ



外来心リハ枠の増加

心不全教室の開催



ハートチーム立ち上げ

心不全患者への早期離床・退院に向けた取り組み
～心不全パスの導入～

小野塚 秀星¹⁾、高橋 佑輔¹⁾、渡邊 真壮¹⁾、渡邊 真央¹⁾
宮北 瑠²⁾、渡邊 達人²⁾
1) 済生会新潟県中央基幹病院 リハビリテーション部
2) 済生会新潟県中央基幹病院 循環器内科

研究活動の推進

Saiseikai Niigata KENOH KIKAN Hospital

7

① 人員強化への取り組み



②365日リハへの取り組み
術後、土日祝においても早期に介入する
外科周術期・整形外科領域
脳神経領域での早期介入
初期加算・早期加算の取得
→単位・加算取得率向上、
365日介入実施のための人員配置の要請

③リハ口腔栄養連携加算への取り組み
2025年11月、7A病棟から開始
順次、加算病棟を漸増する予定
→PT人員強化への働きかけ

Saiseikai Niigata KENOH KIKAN Hospital

8

② 人材育成への取り組み



①継続する“学び”への取り組み

働き方改革への配慮
タイムパフォーマンス・コストパフォーマンスへ
どのように働きかけるか？

新たな勉強会への取り組み
1/週（毎木）16:45から15分間
“急性期勉強会”
開院当初半年程度は率先して講義実施
→現在では各疾患別チーム毎に講義
「短時間・業務時間内で完遂」
学ぶきっかけを創る

Saiseikai Niigata KENOH KIKAN Hospital

9

②人材育成への取り組み



②outputの活用

知識技術はoutputすることで初めて補完できる
県内・県外含めた学会/研究会に積極的に参加し、発表を行う
“研究テーマはリーダーが用意する”
研究活動の推進は理学療法標準化にも直結する

開院1年8カ月で15演題/1論文発表

Saiseikai Niigata KENOH KIKAN Hospital

10

まとめ：新規開設の課題に向けた
疾患別チーム活動を軸とした臨床課題の解決
勉強会・研究活動に基づく教育啓発の推進

課題：次世代のリーダー育成
教育システムの更なる充実
地域を補完した“理学療法”の構築
(病院理念:県央医療圏の患者を守り抜く)

Saiseikai Niigata KENOH KIKAN Hospital

11

人材育成（質）と人材強化（定着）の 両立を目指した急性期リハビリテーション 365日体制への戦略

所属：阪和記念病院 リハビリテーション部
氏名：徳田 和宏

施設紹介 医療法人錦秀会 阪和記念病院 大阪府大阪市住吉区南住吉3-5-8



診療科		
◎ 内科	◎ 脳神経外科	◎ 消化器内科
◎ 消化器内科	◎ 消化器外科	◎ 整形外科
◎ 泌尿器科	◎ 産科	◎ 泌尿器科(人工透析)
◎ 放射線科(画像診断)	◎ 耳鼻咽喉科	◎ 皮膚科
◎ 眼科	◎ リハビリテーション科	◎ 呼吸器内科
センター		
◎ 臨床センター	◎ 消化器センター	◎ 看護・看護センター
◎ 人工関節センター	◎ 心臓血管センター	◎ 小・中・大脳神経外科センター

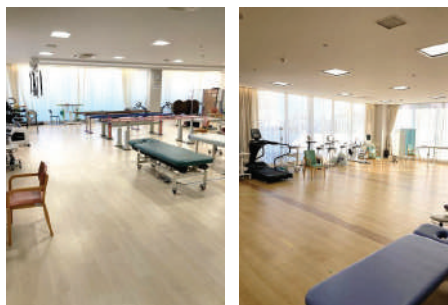
2022年～ ケアミックス型病院
HCU/一般急性期 141床
回復期 54床 地ケア 54床
療養 216床

【理念】

断らない救急を実践することで地域医療に貢献いたします
超急性期から慢性期までシームレスでやさしい医療を提供します
職域を越えてチーム医療を実践します

HCU/一般 約60床 脳血管疾患
高齢者救急への対応が急務

リハビリテーション室 2室



リハスタッフ 内訳
PT 39名 (22)
OT 17名 (8)
ST 14名 (7)
(※3年目以下の人数)

急性期リハ部門 2つの構造的矛盾

急性期リハ 早期（3日以内）介入と週末介入が有用

しかし…

- ①質の脆弱性：個別介入以外の安全管理や教育は評価されにくく、経験年数に依存しがち
- ②人の定着：高負担な業務に対し、休暇の取得がマイナスに影響する要素があり離職にもつながる

戦略的目標

2つの課題を念頭に、「多施設研究への参加」と「部署内KPI」へ取り組み、この両輪を持続可能な365日体制への布石とし、戦略モデルを進めていく。

2

多施設共同研究への参加～ 人材育成の土台構築と標準化

脳卒中発症前disabilityに対する
急性期リハビリテーションの効果
Early Rehabilitation for
PREstroke Disability



1年後のmRS（ADL）を調査



臨床指標、有害事象などの定義
アウトカム測定方法
測定タイミング

部署内での統一 へ

経験年数に限らず **人材育成** の土台

3

調査年月 月間目標稼働率 チーム平均稼働率 総労働時間 (h) 総介入時間 (h) 達成度 (目標比) 平均残業時間 (h)

毎月これらを調査し現状把握

月間所定労働時間 (h) 役職 (総日数 - 公休日数) × 1日の所定労働時間	月間所定労働日数	月間休憩時間 (h)	月間残業時間 (h)	月の取得単位数	総労働時間 (h) (分) 母 = [所定労働時間] + [残業時間] - [休憩時間]	総介入時間 (h) (分) 子 = [月の取得単位数] × [1単位あたりの時間]	(介入以外 の時間)	個人KPI (稼働率)
--	----------	------------	------------	---------	---	--	---------------	----------------

現在のチーム稼働
全体 約60%

回復期
68.8%

急性期
(脳 55~60床)
54.6%



現在、急性期 (脳)
PT5名 (応援+2名)
にて日曜以外は介入

※単純に日曜穴埋めなら
7/6 = 換算係数1.16



365日への目安
PT7名 × 換算係数(1.5)
= 10.5名

※換算係数 1/目標稼働率 = 1.67

「休む権利」が悪影響を及ぼさない仕組み 残業が増加するとKPIが低下する仕組み
理想は常勤換算人数 (FTE) $1/0.6 = 1.67$ 効率化の努力目標 1.5へ係数設定
現在の体制で365日介入に必要な人員は **PT 7名** (+他病棟からの応援3名)

6

[成果1]人材育成 多施設共同研究と標準化による土台

[成果2]人材強化 KPI 可視化と持続可能性による土台

365体制が必要…だから増員??

増員は 365体制の構築自体の目的ではなく、
現体制を「崩壊させないための手段」であることを認識

自施設の現状を把握し、
「質の維持」と「消耗の最小限」を両立し、増員要求係数1.52をベースに、持続可能な365日体制への戦略的転換を実現する。

7

超高齢急性期患者への対応を踏まえた レジデント育成と外部研修制度

所属：小田原市立病院リハビリテーション室
氏名：佐藤 隆一

小田原市立病院から小田原市立総合医療センターへ

施設概要

3次救急指定病院

病床数：417床

診療科：28科

リハビリテーション室

理学療法士

- 正規職員 13名
- レジデント 11名
- 非常勤職員 3名

作業療法士 4名

言語聴覚士 2名

計 33名



神奈川県西二次医療圏で唯一の「救命救急センター」として3次救急医療機関に指定されており、重症・緊急度の高い命に関わる重篤な救急患者（3次救急）に対応しています。

小田原市立病院レジデント制度

カリキュラム



必須領域：18ヶ月で整形・脳血管・内部障害を経験
 選択領域：6ヶ月で希望する専門分野を集中的に経験

On the job training



6人の指導者



はじめに

取組①

取組②

まとめ

外部研修制度

【回復期】

- 間中病院
- 小林病院
- 箱根リハビリテーション病院

【集中治療領域】

- 聖マリアンナ医科大学病院
- 東海大学医学部附属病院
- 北里大学病院
- 平塚共済病院

【生活期】

- デンマークINN箱根
- 楽動
- 足柄リハビリテーションサービス

【心リハ領域】

- ちはるハートクリニック
- 榊原記念病院
- 北里大学病院

【小児領域】

- 神奈川県立こども医療センター

【クリニック】

- 竹田整形外科

他の領域の施設理解する



インターンシップ制度

当院を地域医療施設に理解して頂く

はじめに

取組①

取組②

まとめ

2024年（入院新患数：6,308人）データを見ると…

* 依頼件数上位6診療科

- ・救急科：673人中 **215人が85歳以上（約32%）**
- ・循環器内科：670人中 **225人（約34%）**
- ・整形外科：921人中 **189人（約21%）**
- ・消化器内科：421人中 **135人（約32%）**
- ・脳神経外科：420人中 **84人（20%）**
- ・外科：428人中 **95人（約22%）**



重症度 × 併存疾患 × ADL変化 × 在院日数
で見た3つの患者群

【A群：高重症・多併存・長期入院群】

- ・JCS：Ⅱ～Ⅲ
- ・併存疾患：認知症・心不全・腎不全・誤嚥性肺炎など
- ・ADL：ほぼ改善なし
- ・在院日数：30～60日以上
- 「回復」より「悪化防止」が主目的

【B群：中等度・部分改善群】

- ・JCS：Ⅰ～Ⅱ
- ・併存疾患：2～3疾患
- ・ADL：部分的に改善
- ・在院日数：20～30日前後
- 「リハの介入効果が最も出やすい群」

【C群：軽症・回復群】

- ・JCS：清明～Ⅰ
- ・併存疾患：0～1疾患
- ・ADL：大きく改善
- ・在院日数：10～14日
- 「85歳以上でも回復可能な群」

高齢者の「高齢化」患者を各セラピストが
5人中1～2人担当する時代へ

- ・レジデント制度は2年間で超高齢急性期患者の臨床現場を中心に実践的な経験を積むことで、理学療法や医療分野における専門知識と技術を高める。
- ・外部研修やインターンシップ制度で多領域のセラピストと関わり、視野と知見を広げる。



より複合的なニーズを持つ高齢急性期患者に対応できる
“多職種連携型のリハビリチーム”の形成を進める。

仕組みで支える脳血管疾患急性期リハビリテーションの推進モデル

～限りある人材を最大限に活かすために～

所属：彦根市立病院
 氏名：西澤一馬

はじめに

取組①

取組②

まとめ



基本理念
 住みなれた地域で健康をささえ
 安心とぬくもりのある病院

419床
 一般405床（内 緩和ケア20床、ICU・CCU8床）
 結核10床、感染症4床 **SCU6床**
 DPC対象病院
 地域がん診療連携拠点病院
 標榜診療科 28科



自治体病院

近年、その約8割が**経営的課題（赤字）**を抱えており当院も同様である。
 地域の急性期医療を担う総合病院として多数の診療科を持ちながら
急性期リハビリテーションの提供を責務としている。

施設側視点

リハビリテーション科概要（2025年度現在）

脳神経外科、脳神経内科が中心に

年間400件程度の脳血管リハビリテーション処方



疾患区分 施設基準

- 脳血管疾患等リハビリテーション料 I
- 心大血管疾患リハビリテーション料 I
- 運動器リハビリテーション料 I
- 呼吸器リハビリテーション料 I
- 廃用症候群等リハビリテーション料 I
- がん患者リハビリテーション料

※入院患者が中心であるが一般外来（主に整形外科患者）と集団心臓リハビリテーション外来を実施

人材流動性は低く、経営的観点から

今後の大幅な**人員増加は難しい**

社会的視点

脳卒中・循環器対策基本法（2018年成立）

発症後より迅速な治療と包括的リハビリテーションの提供による
 重症化や再発の予防重要性についての**法整備**

循環器病対策推進協議会（2020年1月日本理学療法士協会の資料より）

脳卒中においては早期より積極的、集中的なチームでのリハビリテーション提供が強く推奨されている一方で多くの急性期を担う自治体病院などでは条例による定数制限等による**人員不足の実情**にある
循環器病対策推進協議会（2020年1月）日本理学療法士協会 資料4-6

STROKE2024（2025年3月 シンポジウム「脳卒中急性期リハビリテーションを“変える”」）

「急性期リハの訓練量は時間、回数を多くすることを考慮しても良い。
 ただし至適な時間、回数は不明である」
小笠原邦昭 新型コロナウイルス感染症の流行も考慮に入れた、脳卒中急性期に対するリハビリテーションの標準化・適正化に関する研究 【令和4年度厚生労働科学特別研究事業 研究報告】

「急性期は**患者一人当たり合計9単位まで算定できるが実際にはリハ提供できてない。人員不足が原因か**」



脳卒中患者への急性期リハビリテーション充実の必要性は示されている一方で**人的リソースに課題** 1

2020年～

組織Mission明示 (言語化と浸透)

我々には今何が求められているか？

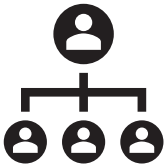
「我々の医療圏における今後の人口動態推移や地域医療課題、経営的視点などから**脳血管疾患**、**循環器疾患**をより中心とした急性期リハビリテーション提供が求められている」



起算日より**14日以内**、**30日以内**の

脳血管疾患患者への複数単位提供を

リハビリテーション科の重要目標に！



目標設定の強化に伴うリハビリ適正頻度の見直し

漫然と毎日リハビリテーション介入していないか？

- ・患者の機能的ゴールを多視点で**適宜再評価**する文化醸成
- ・**小グループ**での症例検討
- ・脳血管チーム（**学術チーム**）からのリハスタッフへの助言
- ・適正な頻度や介入量、リハ職種の組み合わせ検討と**医師への提言**



急性期phaseに人材をより投入できる仕組み作り



はじめに

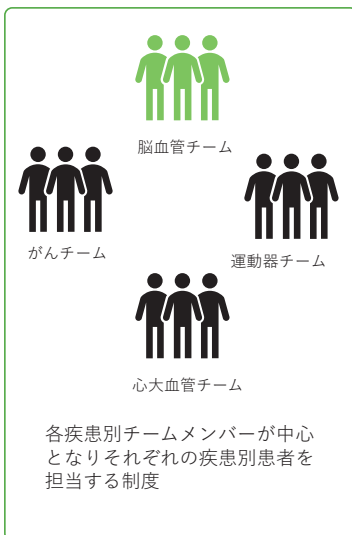
取組①

取組②

まとめ

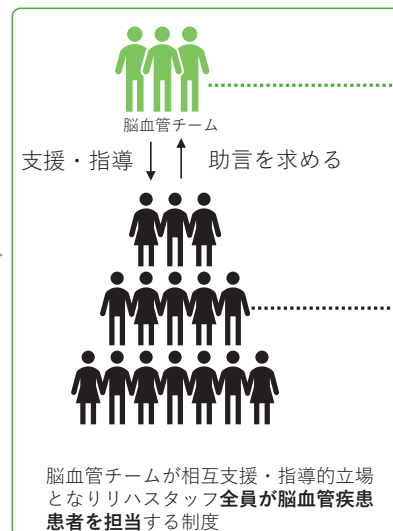
2020年～

患者担当制度の変更 (一部の専門スタッフから**全員診療**へ)



組織における学術的支援
チームとしての
位置付けを明確化

- ・ 回診への参加
- ・ カンファレンスの設定
- ・ プロトコル導入
- ・ カルテ診やOJT



【脳血管チームの変化】
専門性を持つ個人の集まりから組織全体を学術的観点からマネジメントする学術チームへ成長

【スタッフの変化】
個人での経験的、習慣的判断や治療介入に留まらず、学術チーム（脳血管チーム）から支援を受け入れ、組織内での共通する標準的アプローチが構築された

特異的専門性に配慮しつつ

急性期に**複数単位提供**しやすい患者担当制度へ

はじめに

取組①

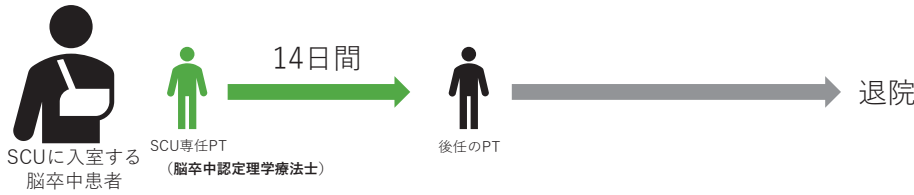
取組②

まとめ

2025年～

SCU:Stroke care unit,当院は6床運用

SCU専任理学療法士制度の導入 (脳卒中急性期のリハ特区の人材配置)



- ・急性期期間 (発症より**14日間**) の理学療法提供に従事 (SCUから一般病棟へ退出後も期間内は継続して担当)
- ・15日目以降は後任の理学療法士へ引き継ぐ
- ・SCU専任PTの担当患者は**6名**程度 (通常平均10～11名) となるように調整
- ・担当**患者人数を制限**することで患者一人あたりの**リハ提供時間を拡大**しやすい仕組み

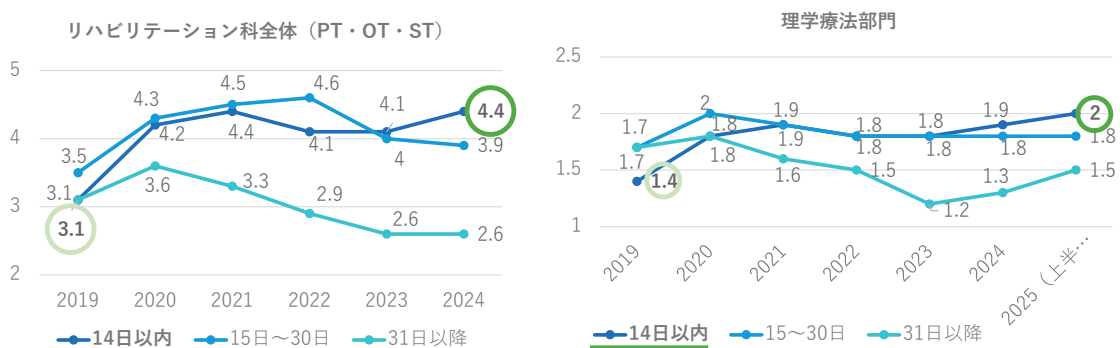


- ・急性期リハ重要性を**強く意味付け** (院内外、科内、当事者セラピスト)
- ・SCU専任PTは働き方の**自由度が高くなり**、急性期リハ充実のための**施策導入**や**教育的活動**が求められる
- ・若手人材に向けた**働き方インセンティブ**と**キャリアパス**的位置付け (自分も頑張ればこんな働き方できるんだ)



脳血管疾患の急性期リハビリテーションは拡充したか？

患者一人当たりへの脳血管リハビリテーション平均提供単位

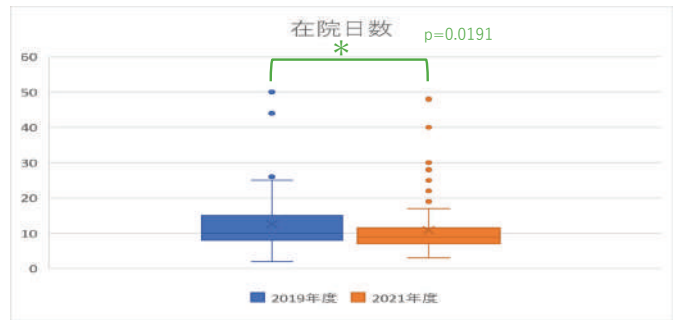
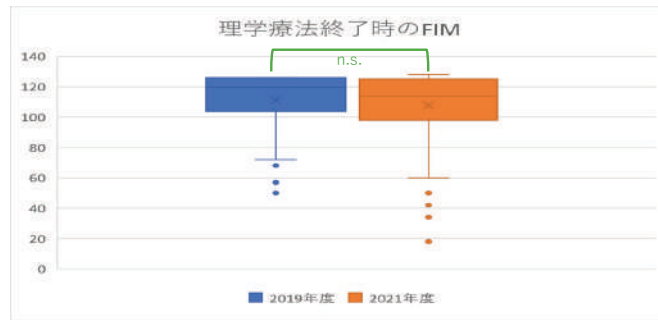


セラピストの**行動変容**により、期間毎のリハビリ提供体制の変化を認め、

急性期期間 (発症から14日以内) の患者一人当たりにおける

脳血管リハビリテーション提供単位が**増加**⁵

患者の機能的アウトカムや在院日数への影響は？



軽症脳梗塞患者への急性期リハビリテーション提供量が在院日数に与える影響について (第21回日本神経理学療法学会学術集会)
Impact of acute rehabilitation provision time on length of hospital stay for people with mild cerebral infarction (World Physiotherapy Congress 2025)

軽症脳梗塞患者を対象とした後方視調査研究では

急性期期間（発症から14日以内）のリハビリテーションの提供単位の拡充は

退院時の機能的アウトカムを犠牲にすることなく

在院日数が約10%（約2日）低減効果を示唆した。

6

はじめに

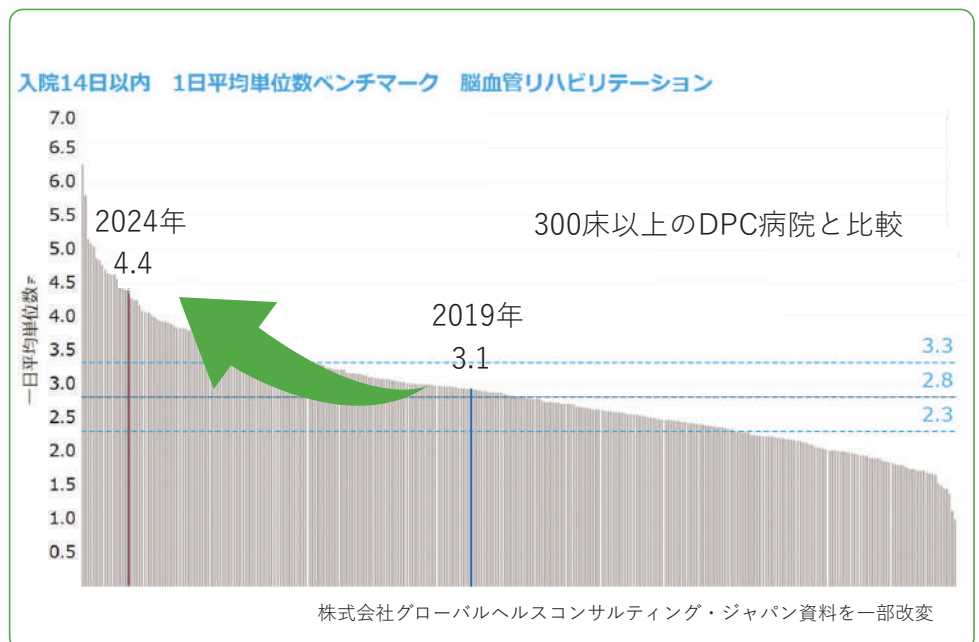
取組①

取組②

まとめ

国内同規模施設と比較してみるとどうか？

同規模DPC病院との比較し2019年では中央値あたりであったが取り組み開始後2024年まで**上位25%以上**の水準を推移している



7

はじめに

取組①

取組②

まとめ

結語

急性期を担う多くの自治体病院が経営的課題を抱える中、今後も人員増加は容易ではない。充実した急性期リハビリテーションを実現するための土台は、リハビリテーション部門が限りある人的リソースを専門性や経済性を発揮させながら「**現場が動ける**」**仕組み**を作ることが重要である。その中でセラピストの主体性や急性期リハに対する思いを育み、私たちが、そのブランド価値を院内外に発信していくことでサステナブルな急性期リハビリテーションと人材育成を実現していきたい。



笑顔
を
あきらめ
ない。

令和7年度
急性期
理学療法
推進フォーラム
事例集

