

# 日本慢性期 医療協会誌

JAPAN ASSOCIATION OF MEDICAL AND CARE FACILITIES

165

vol.34 2026.6 隔月号

[特集] 令和8年度診療報酬改定



## Contents

### 論壇

恵信甲府病院 理事長 古屋俊宏 1

### 特集 令和8年度診療報酬改定

#### 慢性期医療の使命と役割

— 生活機能評価を基盤とした包括期・慢性期医療の再構築と寝たきりゼロ作戦の展開 —

日本慢性期医療協会 会長 橋本康子 2

令和8年度診療報酬改定から見た我が国の医療提供体制の近未来予想図  
— 新たな地域医療構想とかかりつけ医報告制度を踏まえて —

日本慢性期医療協会 副会長, 前中央社会保険医療協議会 委員 池端幸彦 10

令和8年度診療報酬改定からみた包括期, 慢性期医療の方向性

日本慢性期医療協会 副会長, 中医協 入院・外来医療等の調査・評価分科会 委員 井川誠一郎 21

身体的拘束最小化推進体制加算と慢性期医療の役割

— 富家病院の実践から見えるこれからの医療のかたち —

富家病院 理事長 富家隆樹 29

地域全員で医療インフラを守り育てる時代

— 令和8年度診療報酬改定の中での当法人の取り組み —

金上病院 理事長 安藤正夫 36

地域の安心を未来へ繋ぐため

— 令和8年度診療報酬改定を見据えた桜ヶ丘病院の進化 —

桜ヶ丘病院 理事長 成川暢彦 44

### 日慢協リレーインタビュー

日本看護協会 会長 秋山智弥 51

### 会員病院の取り組み

協和南病院 医師 小笠原正彦, ほか 62

美原記念病院 理学療法士 野本正仁, ほか 66

土井リハビリテーション病院 病院長 加納純一, ほか 70

### 投稿論文

イムス横浜東戸塚総合リハビリテーション病院 理学療法士 高木武蔵, ほか 74

### 慢性期医療 TIPS

西崎病院 理事長 名嘉栄勝 79

### 日慢協 Topics

第34回日本慢性期医療学会の開催に向けて 学会長 中尾一久 81

第7回アジア慢性期医療学会の開催に向けて 大会長 高石義浩 83

記者会見報告, 都道府県の活動, ほか 85



#### ジュリエット像 ベローナ イタリア

有名なロミオとジュリエットの館。中庭にジュリエット像がある。右の胸を触ると願いが叶う？

#### 第165号表紙絵

#### サンマルコ広場 ベネチア イタリア 2025夏

サンマルコ寺院の荘厳な作りに圧倒される。寺院内はさらに絢爛豪華。奥には Pala D'oro (金の箱) があり、金・宝石がちりばめられていた。

南高井病院 院長 西尾俊治

## 「高額療養費制度」見直しが現役世代にもたらす深刻な影響



医療法人恵信会 恵信甲府病院  
理事長 古屋俊宏

今回は慢性期医療に対する論壇ではなく、医療現場に立つ一人として、経営者として、そして現役世代の生活者として述べたい。

2025年8月に予定されていた「高額療養費制度」の見直しは、患者団体などの強い反対を受け一度は見送られたものの、最終的には12月26日に閣議決定された。医療の現場に立つ医師であり、同時に中間所得層の現役世代でもある私にとって、この改定は極めて厳しい内容であると感じている。

本来、この制度見直しは、増え続ける医療費をいかに持続可能な形で支えるかという議論から始まったはずだ。現役世代の社会保険料負担が重すぎることで、医療費給付の約6割を65歳以上が占めていることなどを踏まえ、世代間・世代内の公平性を確保し、現役世代の負担軽減につなげることが目的だったと理解している。

しかし、実際に示された改定内容は、70歳を境に線引きを残したまま、現役世代の中間所得層以上に自己負担増を求めるものだった。しかも2年ごとに見直しを行い、さらなる負担増を検討するという。肝心の社会保険料の軽減効果は月千数百円程度に過ぎず、負担と効果のバランスが著しく悪い。

一方で、医療費抑制の本丸であるはずの議論——後期高齢者の窓口負担、生活保護受給者の医療費負担、OTC類似薬の保険適応外化、外国人の医療費未払い問題、資産や扶養家族数を考慮した負担設定

など——は先送りされたままである。これらを棚上げにしながら、セーフティーネットである高額療養費制度の改悪だけを先行させるのは、優先順位を誤っていると言わざるを得ない。

そもそも高額療養費制度は、重い病気や長期入院によって家計が破綻することを防ぐため、1973年に創設された重要な安全網である。ところが今回の改定は、その安全網を弱め、現役世代の生活を直撃する。資産形成が進んでいない若年～中年層は、病気や怪我で収入が途絶えれば、治療費の捻出が困難になり、治療中断に追い込まれる可能性すらある。これは制度の根幹を揺るがす問題である。

さらに、所得が高いほど自己負担限度額が増えるという仕組みも矛盾を抱えている。普段から高額な税金と社会保険料を納めているにもかかわらず、病気になった時にはさらに多額の負担を求められる。医療の現場で最高水準の医療を提供している医師でさえ、自らが病気になった際には経済的理由でその医療を受けられないかもしれないという現実は、あまりに理不尽である。

政治家や国家公務員は、国家公務員共済付加給付があり、どれだけ医療費が高くても自己負担額は月2万5千円程度なので、「高額療養費制度」見直しに対して深刻に受け止めていないかもしれない。

医療費の持続可能性を確保するために、負担を見直す必要があることは国民の大半が理解している。しかし、これ以上現役世代の賃金から負担を引き上げる余地はない。半分を負担する事業所も同じである。必要なのは、全世代が公平に負担を分かち合う覚悟である。軽症のセルフメディケーション化、医療アクセスの適正化、窓口負担の世代間公平化、生活保護受給者の適正負担、資産状況の考慮など、議論すべき課題は多い。

現役世代の経済的余裕のなさは、結婚や出産をためらう要因にもなっている。今回の改定は、その状況をさらに悪化させる可能性がある。医療制度の持続可能性を守るためにも、そして日本社会の未来を守るためにも、負担の在り方を根本から見直す必要がある。



## 慢性期医療の使命と役割 — 生活機能評価を基盤とした包括期・慢性期医療の再構築と 寝たきりゼロ作戦の展開 —

日本慢性期医療協会 会長 橋本康子

### 1. はじめに

我が国の医療提供体制は、急速な高齢化の進展と令和8年度診療報酬改定を契機として、大きな転換期を迎えている。高齢化の進展は社会の成熟を示す一方で、医療・介護需要の増大と生産年齢人口の減少という構造的課題を伴っており、2040年に向けてその影響はさらに顕在化することが見込まれている。

こうした状況のなかで、従来の急性期医療を中心とした医療提供体制のみでは、地域医療を持続的に維持することは困難となりつつある。特に高齢患者の多くは複数の慢性疾患を有し、疾病の治療のみならず生活機能の維持・改善を必要としていることから、医療の目的は「治す医療」から「支える医療」へと変化している。

令和8年度診療報酬改定においては、こうした医療需要の変化を踏まえ、急性期から回復期、慢性期、さらには在宅医療に至るまでの医療機能の連続性を確保する視点がより一層重視されている。これは医療機能の単なる分化ではなく、各機能を有機的に連携させ、患者の状態に応じた切れ目のない医療提供体制を構築することを目的とするものである。

このような連続性の中核に位置づけられるのが、包括期・慢性期入院医療である。従来、慢性期医療は急性期医療の後方支援機能として捉えられることが少なくなかったが、近年の制度的動向を踏まえると、生活機能の維持・改善を担う医療として再評価されつつある。

さらに重要なのは、医療の評価軸そのものの転換である。従来の医療評価は死亡率や在院日数といった指標を中心としてきたが、高齢患者を対象とする医療においては、生活機能の改善や在宅復帰、社会

参加といった指標がより重要となる。このような評価の転換は、医療の質を再定義するものであり、診療報酬制度の方向性とも密接に関連している。

また、医療と介護の連携の重要性も一層高まっている。高齢患者の多くは医療と介護の双方の支援を必要としており、これらを一体的に提供する体制の構築が不可欠である。包括期・慢性期医療はこの接点に位置し、地域包括ケアシステムの中核としての役割を担うことが期待されている。

以上の背景を踏まえ、本稿では令和8年度診療報酬改定の方向性を軸として、包括期・慢性期入院医療の制度的位置づけとその役割を再整理するとともに、生活機能評価を基盤とした医療の質評価のあり方について検討する。さらに、医療DXの活用を含めた今後の医療提供体制の在り方について考察し、寝たきりゼロ作戦の実践的意義を踏まえた制度設計への提言を行う。

### 2. 包括期・慢性期入院医療の制度的位置づけ

包括期・慢性期入院医療は、我が国の医療提供体制のなかで長年にわたり重要な役割を担ってきたが、その制度的位置づけは必ずしも明確に整理されてきたとは言い難い。急性期医療の高度化が進む一方で、高齢患者の増加に伴い、疾病治療のみならず生活機能の維持・改善を目的とした医療の必要性が高まってきたことにより、慢性期医療の役割は大きく変化している。

令和8年度診療報酬改定においては、こうした医療需要の変化を背景として、急性期医療から在宅医療に至るまでの医療機能の連続性を確保する視点が明確に打ち出されている。従来は各病床機能が分断的に運用される傾向もみられたが、今回の改定では、

患者の状態に応じた適切な医療機能への移行と、多職種による継続的な支援体制の構築が重視されている。

特に包括期・慢性期入院医療は、急性期医療と在宅医療をつなぐ中間的機能として位置づけられており、単なる療養の場ではなく、生活機能の維持・改善を支える医療としての役割が強調されている。このことは、診療報酬上の評価体系においても、リハビリテーションの提供体制や在宅復帰支援機能、多職種連携の実施状況などが重視されている点に表れている。

また、高齢患者の多くが複数の慢性疾患を有している現状を踏まえると、疾患単位ではなく生活単位で医療を提供する必要性が高まっている。このような医療は急性期医療のみでは担うことができず、包括期・慢性期入院医療が中心的役割を果たすこととなる。

さらに今回の診療報酬改定においては、在宅復帰支援や地域連携機能の強化が重要な評価項目として位置づけられている。これは医療機関が単独で完結するのではなく、地域全体で患者を支える体制を構築することを前提としたものであり、包括期・慢性期医療が地域包括ケアシステムの中核として機能することを求めるものである。

このように、令和8年度診療報酬改定は、包括期・慢性期入院医療の役割を従来の後方支援機能から、生活機能を基盤とした医療へと再定義する転換点として位置づけることができる。すなわち慢性期医療は、医療提供体制の周辺ではなく中心に位置づけられるべき医療機能へと変化しているのである。

### 3. 回復期・療養・地域包括医療病棟の機能分担

包括期・慢性期入院医療の役割を具体的に理解するためには、各病棟機能の位置づけと機能分担を整理することが不可欠である。令和8年度診療報酬改定においても、回復期リハビリテーション病棟、療養病棟、地域包括医療病棟のそれぞれの役割を明確化し、患者の状態に応じた適切な医療提供体制の構築が重視されている。

まず、回復期リハビリテーション病棟は、機能回復を目的とした集中的なりハビリテーションを提供する病棟として位置づけられている。急性期治療後の患者に対して、早期から集中的なりハビリテーションを実施することにより、ADLの改善や在宅復帰の促進を図る役割を担っている。診療報酬上も、実績指数やFIM利得といった生活機能改善に関する指標が評価に組み込まれており、アウトカムを重視した医療提供が求められている。

次に、療養病棟は、医療依存度の高い患者に対して継続的な医療管理を提供する病棟として重要な役割を担っている。慢性疾患の管理や長期的な医療支援を必要とする患者に対して、安定した医療提供を行うとともに、栄養管理や口腔管理、排泄機能の支援など、多職種による包括的な介入を通じて生活機能の維持・改善を図ることが求められている。

さらに、地域包括医療病棟は、急性期治療後の患者の受け入れや在宅復帰支援機能を担う病棟として位置づけられている。この病棟は、急性期医療と在宅医療をつなぐ中間的機能を担うものであり、患者の状態に応じた柔軟な医療提供が求められる。

これら三つの病棟機能は、それぞれ独立したものではなく、患者の状態に応じて相互に連携しながら機能するものである。すなわち、急性期から回復期、慢性期へと連続する医療の流れのなかで、各病棟が役割を分担しつつ、切れ目のない医療提供体制を構築することが重要である。

また、これらの機能分担は単なる役割の分離ではなく、生活機能の維持・改善という共通の目標のもとに統合されるべきものである。回復期における機能改善、療養期における機能維持、地域包括医療における在宅復帰支援は、いずれも生活機能を基盤とした医療として連続的に位置づけられる。

### 4. 慢性期医療の三つの使命

これからの慢性期医療には、大きく三つの使命が求められている。これらは単なる理念ではなく、診療報酬制度や医療提供体制の方向性とも密接に関連する実践的概念であり、相互に関連しながら統合的に実現されるべきものである。

第一は、要介護状態の改善である。従来、高齢者の生活機能は不可逆的に低下するものと捉えられることも少なくなかったが、近年では適切な医療およびリハビリテーション介入により生活機能の改善が可能であることが広く認識されている。特に回復期から慢性期にかけての段階においては、機能回復の可能性は依然として存在しており、適切な評価と介入によりADLの向上や自立度の改善が期待できる。このような生活機能改善の成果は、回復期リハビリテーション病棟におけるFIM利得や実績指数といった診療報酬上の指標にも反映されており、制度的にもその重要性が明確に位置づけられている。

また、生活機能の改善は単に身体機能の回復にとどまるものではない。日常生活動作の自立度の向上や社会参加の促進といった側面も含めて評価されるべきものであり、慢性期医療はこうした包括的な機能改善を支える医療として重要な役割を担っている。そのためには、単一の職種による介入ではなく、多職種が連携したチーム医療の実践が不可欠である。

第二は、要介護状態の重度化の防止である。慢性疾患を有する高齢患者においては、急性増悪や合併症の発生により状態が急速に悪化することがある。このような状態悪化を防ぐためには、疾患管理のみならず、栄養状態の維持・改善、口腔機能の管理、排泄機能の支援、運動機能の維持といった多面的な介入が不可欠である。近年の診療報酬改定においては、これらの包括的介入の実施状況が評価される仕組みが整備されており、慢性期医療における多職種連携の重要性が制度的にも強調されている。

さらに重度化防止は、医療提供体制の持続可能性という観点からも重要な意味を有している。要介護状態の進行は医療・介護費の増大を招くだけでなく、介護人材の負担増加にも直結する。したがって、重度化を防止することは患者個人の生活の質の維持にとどまらず、社会全体の課題解決にも寄与するものである。

第三は、新たな寝たきり状態をつくらないことである。高齢者の生活機能低下は疾病そのものによる影響だけでなく、過度の安静や不適切なケアによっ

ても生じることが知られている。いわゆる廃用症候群は短期間の安静によっても進行するため、入院中からの早期離床や日常生活動作への積極的介入が不可欠である。慢性期医療は生活の場としての医療を提供することにより、こうした機能低下を防止し、生活機能の維持を支える役割を担う。

また、寝たきり状態の発生は単一の要因によるものではなく、身体機能の低下、認知機能の低下、環境要因、ケアの質など複数の要因が複合的に関与する。したがって、寝たきりを防止するためには、これらの要因に対して多面的にアプローチする必要がある。多職種による包括的支援が不可欠となる。

さらに、これら三つの使命は個別に存在するものではなく、「生活機能」という共通の概念によって統合されるものである。生活機能の改善は重度化防止につながり、重度化防止は寝たきり予防へと連続する。このような関係性を構造的に理解することが、慢性期医療の本質を捉えるうえで重要である。

また、これらの使命は診療報酬制度の評価軸とも密接に連動している。生活機能の改善や維持に関する評価指標の導入は、医療の質を測定するだけでなく、医療機関の行動変容を促すインセンティブとしても機能する。したがって、慢性期医療の三つの使命は、理念にとどまらず、制度と実践を結びつける枠組みとして理解する必要がある。

このように、慢性期医療の三つの使命は、生活機能を中心とした医療の再構築を支える基本概念であり、包括期医療の中核を成すものである。

## 5. 寝たきり防止の具体化と「寝たきりゼロ作戦」

慢性期医療の三つの使命のなかでも、「寝たきりをつくらない」という視点は、今後の医療提供体制において極めて重要な意味を持つ。高齢化の進展に伴い要介護者の増加が見込まれる一方で、医療・介護人材は減少していくことが予測されており、寝たきり状態の発生を抑制することは医療提供体制の持続可能性を確保するうえでも不可欠である。

ここで重要なのは、「寝たきりは自然に生じるものではなく、つくられるものである」という認識で

ある。過度の安静、不適切なケア、生活機能を活かさない支援は、身体機能の低下を招き、結果として寝たきり状態を生み出す要因となる。したがって、寝たきりを防止するためには、日常生活のなかで生活機能を維持・活用し続ける医療とケアの実践が不可欠である。

日本慢性期医療協会では、こうした課題に対する取り組みとして「今こそ、寝たきりゼロ作戦を！」を掲げている。この取り組みは単なる理念ではなく、慢性期医療および介護の役割を再整理し、生活機能を中心とした医療提供体制を実践的に構築することを目的としたものである。

この寝たきりゼロ作戦の特徴は、「防止」と「改善」の両面からアプローチする点にある。すなわち、急性期医療において寝たきり状態を発生させないこと、そして慢性期医療において既に要介護状態にある患者の生活機能を改善することの双方を重視するものである。これにより、医療の各段階において生活機能を維持・改善する連続的な支援が可能となる。

さらに本取り組みの中核となるのが、「寝たきりチーム」の概念である。医師、看護師、リハビリテーション療法士、介護職、管理栄養士、薬剤師など多職種が連携し、患者の生活機能を維持・改善するためのチーム医療を実践することが求められる。特に慢性期医療においては、療法士による短時間の訓練だけでなく、日常生活全体を通じた介入が重要であり、介護職の役割は極めて大きい。

この点において、「できるADL」を「しているADL」へと転換する視点が重要となる。すなわち、リハビリテーション室で可能となった動作を日常生活のなかで実際に活用することにより、生活機能の維持・改善を図るものである。慢性期医療は生活の場としての医療であり、日常生活そのものをリハビリテーションの場と捉えることが求められる。

また、寝たきりゼロ作戦は「目的・プロセス・アウトカム」という枠組みで医療を再設計する取り組みとして位置づけられる。目的として寝たきりの予防および改善を掲げ、プロセスとして具体的な介入方法を明確化し、アウトカムとして生活機能の改善や在宅復帰を評価するという考え方である。この枠

組みは、慢性期医療の三つの使命を実践へと結びつける具体的手法として重要な意義を有している。

さらに重要なのは、寝たきりゼロ作戦が「改善可能性」を前提としている点である。すなわち、高齢者であっても適切な介入により生活機能は改善し得るという認識に立つものである。この視点は医療提供の在り方そのものを変えるものであり、「どうせ良くならない」という前提から、「よくなる可能性を最大化する医療」への転換を意味する。

このような取り組みにより、慢性期医療は単なる療養の場から、生活機能を改善し、社会復帰を支援する医療へと変化する。また寝たきり状態の減少は、介護負担の軽減や医療費の抑制にもつながる可能性があり、社会全体にとっても大きな意義を有する。

このように、寝たきりゼロ作戦は慢性期医療の三つの使命を具体的に実装する枠組みであり、生活機能を中心とした医療提供体制を実現するための中核的概念として位置づけられる。慢性期医療はその実践の場として、今後の医療提供体制のなかでさらに重要な役割を担っていくことになる。

## 6. 慢性期医療の質評価の再構築

慢性期医療の役割を適切に評価するためには、従来の医療評価の枠組みを再構築する必要がある。急性期医療においては、死亡率や在院日数といった指標が医療の質を評価するうえで中心的役割を果たしてきたが、高齢患者を対象とする慢性期医療においては、これらの指標のみでは医療の成果を十分に捉えることができない。

慢性期医療においては、生活機能の維持・改善が医療の主要なアウトカムとなる。したがって評価指標も、ADLの改善度やFIM利得、在宅復帰率、さらには社会参加の実現といった生活機能に関連する指標へと転換する必要がある。これらの指標は患者の生活の質と直接的に関連しており、慢性期医療の成果をより実態に即して評価することを可能とする。

しかしながら、アウトカム評価のみでは医療の質を十分に把握することはできない。なぜならば、慢性期医療における成果は、日々の介入の積み重ねや

多職種連携の質に大きく依存しているためである。そのため、評価はアウトカムのみならず、プロセスおよび構造の観点からも行う必要がある。

まずプロセス評価においては、多職種連携の実施状況、生活機能評価の適切性、ケア計画の質、リハビリテーションの提供体制などが重要な要素となる。特にICFの概念に基づく生活機能評価が適切に実施され、その結果がケア計画に反映されているかどうかは、慢性期医療の質を左右する重要なポイントである。生活機能評価は単なる測定ではなく、医療の方向性を規定する基盤であり、評価と介入が一体となって初めて意味を持つ。

また構造評価においては、人員配置や専門職の関与状況、カンファレンス体制、情報共有の仕組みなどが重要である。慢性期医療は多職種によるチーム医療を前提としており、適切な構造が確保されることにより、質の高いプロセスとアウトカムが実現される。例えば、専従療法士の配置や介護職との連携体制、栄養管理体制の整備などは、生活機能改善の成果に直接的な影響を与える要素である。

本稿では、慢性期医療の質を「構造・プロセス・アウトカム」の三層構造として整理し、その中心に生活機能を位置づけた評価モデルを提案する。このモデルは、従来のドナベディアンモデルを基盤としつつ、慢性期医療に特有の評価軸を明確化したものである。

さらに重要なのは、この評価モデルが診療報酬制度と密接に連動する点である。近年の診療報酬改定においては、生活機能の改善や多職種連携の実施状況が評価項目として組み込まれており、医療機関の行動を誘導する仕組みとして機能している。すなわち、評価指標の設定は単なる測定手段ではなく、医療の質向上を促進する政策的手段としての意味を持つ。

また生活機能評価は、在宅復帰支援の観点からも重要な役割を果たす。移動能力、排泄機能、摂食嚥下機能といった生活に直結する機能の改善は、在宅生活の可否を左右する重要な要素である。したがって、これらの機能を適切に評価し、退院後の生活を見据えた支援を行うことが求められる。慢性期医療

はこの評価と支援を一体的に実施する場として機能する必要がある。

さらに慢性期医療の評価においては、患者本人の生活の質や満足度といった主観的指標も重要である。高齢患者に対する医療は単に疾病を治療するだけでなく、患者がその人らしい生活を継続できるような支援することを目的としている。そのため、客観的な生活機能評価とともに、患者の主観的評価を組み合わせた総合的な評価体系の構築が求められる。

このように、慢性期医療の質評価は、構造・プロセス・アウトカムを統合的に捉え、その中心に生活機能を据えることにより、初めて実効性を持つものとなる。この枠組みは、慢性期医療の役割を可視化するとともに、医療の質向上を持続的に促進する基盤となるものである。

## 7. 診療報酬制度の深化と慢性期医療の方向性

診療報酬制度は、単なる医療機関への支払い制度ではなく、我が国の医療提供体制の方向性を示す政策的手段として重要な役割を有している。特に近年の診療報酬改定においては、高齢化の進展と医療需要の変化を踏まえ、医療機能の分化と連携を促進するとともに、医療の質を生活機能の観点から評価する方向性が明確に示されている。

令和8年度診療報酬改定においては、急性期から回復期、慢性期、さらには在宅医療に至るまでの連続した医療提供体制の構築が重視されている。これは医療機能を単に分化させるのではなく、患者の状態に応じて適切な医療機能へと円滑に移行させるとともに、各機能が相互に連携しながら医療を提供する体制を構築することを目的とするものである。このような流れのなかで、包括期・慢性期入院医療は医療の連続性を担保する中核的機能として位置づけられている。

特に注目すべきは、生活機能の維持・改善を評価する指標が診療報酬体系のなかに組み込まれている点である。回復期リハビリテーション病棟におけるFIM利得や実績指数は、生活機能改善の成果を客観的に評価する仕組みとして定着しており、医療機

関の取り組みを質の向上へと誘導する役割を果たしている。これらの指標は単なる評価指標にとどまらず、医療の提供方法そのものを規定する力を持っている。

また療養病棟においても、栄養管理や口腔管理、摂食嚥下機能への介入、排泄機能の改善など、多職種による包括的なケアの実施状況が評価対象とされており、慢性期医療における介入の質が制度的に可視化されつつある。これにより、医療機関は単なる管理的医療にとどまることなく、生活機能の維持・改善に積極的に取り組むことが求められている。

さらに、在宅復帰支援や地域連携の実績が評価項目として重視されていることも重要である。これは医療機関が院内で完結する医療を提供するのではなく、退院後の生活を見据えた支援を行い、地域包括ケアシステムの一翼を担うことを前提とした制度設計である。慢性期医療はこの文脈において、急性期医療と在宅生活をつなぐ結節点としての役割を果たすことが求められている。

また、診療報酬制度は医療機関の行動を誘導するインセンティブとして機能する点に特徴がある。評価指標が設定されることにより、医療機関はその達成に向けた取り組みを強化するため、制度設計は医療の実践に直接的な影響を与える。したがって、どのような指標を評価するかは、医療の方向性そのものを決定する重要な要素となる。

この観点からみると、生活機能評価を中心とした指標の導入は、慢性期医療の質を向上させるための極めて重要な政策手段である。従来の疾病中心の評価から生活機能中心の評価へと転換することにより、医療の目的そのものが再定義され、慢性期医療の役割が明確化される。

さらに今後は、医療DXの推進と診療報酬制度との連動も重要な課題となる。電子カルテ情報の活用やデータ連携の推進により、生活機能の評価やアウトカムの把握をより精緻に行うことが可能となる。これにより、医療の質評価の高度化とともに、地域間格差の是正や継続的支援の強化が期待される。

また、診療報酬制度は医療と介護の連携を促進する役割も担っている。慢性期医療は医療と介護の接

点に位置する領域であり、両者を一体的に捉えた評価体系の構築が求められる。在宅復帰後の生活機能の維持状況や介護サービスとの連携の質などを評価する仕組みを整備することにより、医療と介護の連続性をより強化することが可能となる。

このように、診療報酬制度は慢性期医療の方向性を規定する重要な要素であり、生活機能を基盤とした医療への転換を制度的に支える役割を担っている。今後は、評価指標のさらなる精緻化とともに、制度と実践を一体的に発展させていくことが求められる。慢性期医療はこの制度的枠組みのなかで、生活機能を中心とした医療としてその役割を一層明確にしていく必要がある。

## 8. 医療DXと慢性期医療における継続的支援体制の構築

近年、医療DXの推進は、医療提供体制の効率化にとどまらず、医療の質向上および医療アクセスの確保という観点からも重要な政策課題として位置づけられている。特に高齢化が進展する我が国においては、慢性疾患を有する患者や生活機能の低下を伴う患者が増加しており、医療は入院期間中の対応のみで完結するものではなく、退院後を含めた長期的かつ継続的な支援が不可欠となっている。

慢性期医療においては、生活機能の維持・改善を目的とした介入を継続的に行うことが重要であるが、現行の医療提供体制にはいくつかの構造的課題が存在する。その代表的なものが、地域における医療資源の偏在である。特にリハビリテーション専門職の配置状況には地域差があり、退院後に必要な支援が十分に提供されないケースがみられる。このような状況は、生活機能の維持を困難にし、再入院や要介護状態の進行を招く要因となり得る。

さらに、外来リハビリテーションの提供体制には限界があり、通院が困難な患者や遠隔地に居住する患者に対しては、継続的な介入が困難となる場合がある。特に言語聴覚療法や高次脳機能障害に対する支援は長期にわたる介入が必要であるにもかかわらず、提供体制の制約により支援が途切れてしまうことが少なくない。

このような課題に対して、医療DXの活用は有効な解決手段となり得る。オンラインによるリハビリテーションや遠隔支援の導入により、地理的制約を超えた継続的な介入が可能となり、地域格差の是正が期待される。また、通院が困難な患者に対しても、自宅にいながら専門的な支援を受けることが可能となるため、医療アクセスの向上にも寄与する。

特に言語聴覚療法の分野においては、オンライン支援の有効性が高いと考えられる。言語機能や高次脳機能の改善には長期的な反復訓練が必要であり、対面での支援だけでは十分な介入量を確保することが難しい場合がある。オンラインによる支援は、こうした長期支援の継続を可能とし、就労支援や社会参加支援にもつながる可能性を有している。

加えて、医療DXは単なる支援手段の拡張にとどまらず、生活機能評価の高度化にも寄与する。デジタル技術を活用することにより、日常生活における活動量や機能の変化を継続的に把握することが可能となり、より精緻な評価に基づいた介入が実現される。これにより、個々の患者の状態に応じた最適な支援が可能となり、生活機能の維持・改善の効果を高めることが期待される。

また、こうしたデータの蓄積と活用は、診療報酬制度における評価の高度化とも密接に関連する。生活機能の変化や介入の成果を客観的に把握することが可能となれば、アウトカムに基づく評価体系の構築が進み、医療の質をより適切に評価することが可能となる。これは慢性期医療の価値を制度的に明確化するうえでも重要な意義を有している。

一方で、医療DXの推進にあたっては制度的整備も不可欠である。オンライン医療や遠隔リハビリテーションを適切に評価し、診療報酬上の位置づけを明確にすることにより、持続可能な支援体制を構築する必要がある。また、情報セキュリティの確保や個人情報保護への配慮も重要な課題であり、これらを踏まえた制度設計が求められる。

さらに、多職種連携の観点からも医療DXは重要である。情報共有のデジタル化により、医療機関間および職種間の連携が円滑となり、継続的かつ一貫した支援が可能となる。これにより、入院から在宅

に至るまでの医療の連続性が強化され、患者の生活を支える医療提供体制の質が向上する。

このように、医療DXは慢性期医療における継続的支援体制の構築において中核的な役割を担うものであり、地域格差の是正、医療アクセスの向上、生活機能評価の高度化を同時に実現する可能性を有している。今後は、診療報酬制度との連動を図りながら、医療DXを活用した新たな医療提供モデルを制度として確立していくことが求められる。

## 9. 制度設計への提言

本稿で示してきたように、慢性期医療は生活機能の維持・改善を基盤とした医療として再定義されつつあり、その役割は医療提供体制の中核へと移行している。この変化を実効性のあるものとするためには、制度設計の観点から医療の評価体系を再構築し、慢性期医療の価値を適切に可視化することが不可欠である。

第一に、生活機能評価の制度化が求められる。ICFの概念に基づき、心身機能・活動・参加の各側面を総合的に評価する仕組みを診療報酬体系の中核に位置づけることにより、医療の質を生活機能の観点から評価することが可能となる。現在、一部の病棟機能においてはFIM利得や実績指数などが導入されているが、今後はこれらを含めた評価体系を慢性期医療全体へと拡張し、より一貫性のある評価基盤を構築する必要がある。

第二に、アウトカム評価のさらなる深化である。従来の医療評価は死亡率や在院日数といった指標に偏重してきたが、高齢患者に対する医療においては、生活機能の改善や在宅復帰の達成のみならず、その維持や社会参加の実現といった中長期的視点を含めた評価が重要となる。したがって、退院後の生活機能の維持状況や再入院の回避などを含めた評価体系を構築することが求められる。

第三に、多職種連携の評価と促進である。慢性期医療は多職種によるチーム医療を前提としており、その質が医療成果に大きく影響する。したがって、カンファレンスの実施状況や情報共有体制、ケア計画の共同作成といったプロセスを評価する仕組みを

整備し、多職種連携の質を可視化することが重要である。これにより、医療の質を支えるプロセスの改善が促進される。

第四に、医療DXの制度的組み込みである。オンライン医療や遠隔リハビリテーションの活用は、継続的支援体制の構築と地域格差の是正に寄与するものであり、今後の慢性期医療において不可欠な要素となる。これらの取り組みを診療報酬上適切に評価し、持続可能な支援体制として制度に組み込むことにより、医療の質とアクセスの両立が可能となる。

第五に、在宅医療との一体的評価の推進である。慢性期医療の役割は入院期間中にとどまるものではなく、在宅生活への移行とその継続を支えることにある。したがって、在宅復帰率に加え、退院後の生活機能の維持や介護サービスとの連携状況などを含めた評価体系を構築し、医療と介護を横断した評価の枠組みを整備する必要がある。

これらの提言は相互に関連しており、生活機能評価、診療報酬制度、医療DXの三要素を統合することにより、慢性期医療の質を持続的に向上させることが可能となる。慢性期医療はこれらの要素を結びつける中核として機能することが求められており、今後の制度設計において、その役割を明確に位置づける必要がある。

## 10. おわりに

我が国の医療提供体制は、急速な高齢化の進展に伴い、大きな転換期を迎えている。そのなかで、包括期・慢性期入院医療は、生活機能の維持・改善を支える医療として、これまで以上に重要な役割を担うことが求められている。

令和8年度診療報酬改定は、こうした医療需要の変化を背景として、慢性期医療の役割を制度的に明確化したものであり、医療提供体制の再構築に向けた重要な転換点と位置づけることができる。特に生活機能の維持・改善を重視した評価体系への転換

は、医療の質の在り方そのものを再定義するものであり、慢性期医療の価値を可視化するうえで大きな意義を有している。

本稿で示したように、慢性期医療は単なる療養の場ではなく、生活機能を基盤とした医療として地域包括ケアシステムの中核を担う存在である。急性期から在宅に至るまでの連続した医療の流れのなかで、生活機能を軸とした医療を実現するためには、包括期・慢性期医療の機能をさらに強化し、その役割を明確に位置づけることが不可欠である。

また、「寝たきりゼロ作戦」は、慢性期医療の三つの使命を具体的な実践へと結びつける枠組みであり、生活機能を中心とした医療提供体制を実現するための重要な指針である。高齢者であっても適切な介入により生活機能は改善し得るという認識に立ち、医療と介護が連携しながら継続的に支援を行うことが求められる。

さらに今後は、生活機能評価を基盤とした医療の質評価の確立に加え、多職種連携の推進および医療DXの活用を通じて、継続的かつ一体的な支援体制を構築していく必要がある。特に医療DXは、地域格差の是正や医療アクセスの向上に寄与するのみならず、生活機能評価の高度化を通じて医療の質を向上させる可能性を有しており、今後の医療提供体制における重要な基盤となるものである。

慢性期医療の充実、医療の質向上にとどまらず、医療制度の持続可能性の確保という観点からも重要な意義を有している。限られた医療資源を有効に活用しながら患者の生活を支える医療を実現するためには、制度と臨床を一体として再構築していく必要がある。

慢性期医療の発展は、地域住民が安心して生活できる社会の実現に直結するものであり、我が国の医療提供体制の将来を支える重要な基盤である。その意義を改めて認識し、今後の制度設計と実践の双方において着実に推進していくことが求められる。



## 『令和8年度診療報酬改定から見た 我が国の医療提供体制の近未来予想図』

### ～新たな地域医療構想とかかりつけ医報告制度を踏まえて～

日本慢性期医療協会 副会長

前中央社会保険医療協議会 委員 池端幸彦

#### 【要旨】

本稿は、タイトルにもあるとおり、令和8年度診療報酬改定の詳細な内容説明ではなく、本改定を契機として、2040年に向けた我が国の医療提供体制の将来像を考察するものである。人口構造の急速な高齢化、とりわけ85歳以上人口の増加に伴う医療需要の変化を背景に、「治す医療」から「治し支える医療」への転換が不可避と言えよう。それを受けて本改定は、新たな地域医療構想、かかりつけ医機能報告制度、医療DX推進等の制度改革と密接に連動し、医療機関の機能分化と連携の再構築を強く促す内容となっている。本稿では、前中協委員として参画した改定の経緯も含めて診療報酬改定の政策的意義と制度の構造的変化を整理するとともに、特に包括期・慢性期医療の役割の再定義、地域差への対応、医療機関経営への影響について論じる。

## 1. はじめに

「令和8年度診療報酬改定から見た我が国の医療提供体制の近未来予想図」とのタイトルにもある通り、令和8年度診療報酬改定を契機として、特に、新たな地域医療構想およびかかりつけ医機能報告制度の導入を踏まえ、医療機関の機能分化と連携の再編がどのように進むのか、いや進むべきなのかを論じる。近年の医療政策は、単なる報酬改定にとどまらず、医療提供体制そのものの構造改革を志向している。その背景には、急速な高齢化と人口減少という不可逆的な社会変化がある。本稿ではまず、2040年に向けた医療需要の変化を整理し、その上で令和8年度診療報酬改定の概要から垣間見えるその意図を読み取り、今後の医療機関のあり方について検討したい。

## 2. 2040年を見据えた医療需要の構造変化

我が国の医療提供体制は、これまで2025年問題を中心に議論されてきた。団塊の世代がすべて75歳以上となるこの年は、高齢化の一つのピークとされていた。しかしながらそこは大きな壁にはならず

乗り切った感もあるが、真に重要な転換点はやはり85歳以上人口がピークを迎える2040年前後であろう。この年齢層では要介護状態にある者の割合が著しく高く、医療と介護の双方に対する需要が飛躍的に増加する。特に、救急搬送の増加や在宅医療ニーズの拡大は、この層の増加と密接に関連している。一方で、外来患者数はすでに多くの地域でピークを過ぎており、今後は減少傾向が続くと見込まれる。その結果、通院困難な患者に対する在宅医療の重要性が一層高まることになる。他方で、入院需要については地域差が顕著となり、一部地域ではすでにピークアウトしている。したがって、今後の医療提供体制は、単に病床数を維持するのではなく、地域差も加味しながらその需要に応じた適正配置と機能転換が不可欠となるであろう。

## 3. 医療の質的転換：「治す医療」から「治し支える医療」へ

1990年代までの我が国の人口ピラミッドでは、15歳から65歳のいわゆる生産人口の層が最も多く、「治すこと・救うこと」が医療の第一義的命題であった。しかし今後、2040年代以降に向かっては、治しきれない、救いきれない70代、80代、

90代の層が急増し、生産人口に対する医療と共に、治しきれない救いきれない方々に対して、病気を抱えて生きることを支えたり、癒したり、そして最後は看取ったりという、いわゆる「治し支える医療」の必要性が急増すると予想される。仮に「治すことを救うこと」が急性期医療の役目だとすれば、この「治し支える医療」というのが包括的医療とか生活的医療とか在宅医療となるわけで、医療機能で言えば「包括的医療」や「慢性期医療」となるであろう。(図1)

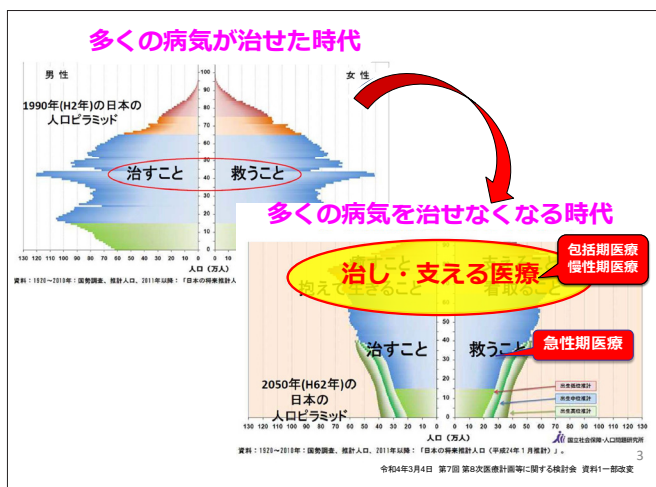


図1

#### 4. 令和6年度医療・介護同時改定を振り返る

ここで、前回の令和6年度診療報酬改定、介護報酬改定の同時改定を振り返ってみると、ベースアップ評価分等を含めて入院基本料が久方ぶりに若干増額されたことと抱き合わせという形で、入院基本料の中に新たに要件化された以下の3項目に注目しておきたい。それが①栄養管理の基準の明確化、②意思決定支援に関する指針作成、③身体的拘束最小化に対する体制整備であり、この3点セットに対しては、本改定でもさらに促進策がうたれているので後段で説明したい。

もう一つ医療と介護の同時改定という点から特筆しておきたい点は、介護保険施設等と協力医療機関等とのより密な連携を推進するために、医療機関側にはその連携に対するインセンティブ、介護保険施設側には経過措置付きだがそれを義務化したことで

ある。そしてR6改定時に起きた「在宅や施設からの高齢者救急をどこで診るべきなのか」という議論の中で生まれたものが、新設の「地域包括医療病棟」であった。しかしいざ蓋を開けてみるとその施設基準の厳しさもあり参入する病院は少数に留まり、これも本改定の課題の1つとなった。この地域包括医療病棟の特徴は、一定程度の救急患者を受け入れる体制を持ちながら、一方で高齢者救急を意識した形で、急性期初期からリハビリテーションや栄養管理を提供する体制を持ち、しっかりした意思決定支援や退院支援も実施していくというコンセプトでスタートしたが、この時点では地域包括医療病棟が「急性期」なのか「回復期」なのかの結論は出せない(敢えて出さない?)状況にあった。これについては、今回は明確に「包括期」としての位置付けとなった点も後段で少し詳しく説明したい。

#### 5. 地域医療構想の進化と包括期の位置づけ

ここからは、新たな地域医療構想とかがかりつけ医機能報告制度について説明したい。2040年に向けた医療提供体制の総合的な改革ということで、この新たな地域医療構想とかがかりつけ医機能報告制度が本年4月から本格的に開始する。まずここでは是非理解しておいて頂きたい点は、この「2040年に向けた医療提供体制の総合的な改革」というのはほぼ全てが法律決定事項であり、現時点ではそのよし悪しを議論する段階ではなく、とにかくその方向性を理解して、我々はそこを目指して動き出さなければいけない時期なのだという事実である。(図2)

今回の新たな地域医療構想についてまず注目すべき点は、医療計画との立ち位置がこれまでとは全く逆転し、地域医療構想が上位基準になった点である。実はこれはかなり大きな改革であり、つまり今後は基準病床も含めて新たな地域医療構想に基づいて医療計画を立てることになり、当然ながら本改定もそこに“力強く”寄り添うことになったと言えよう(図3)。さらに、高度急性期、急性期、回復期、慢性期というこれまでの4つの病床機能の名称の中で、「回復期」が「包括期」に変更されたことや、病床機能報

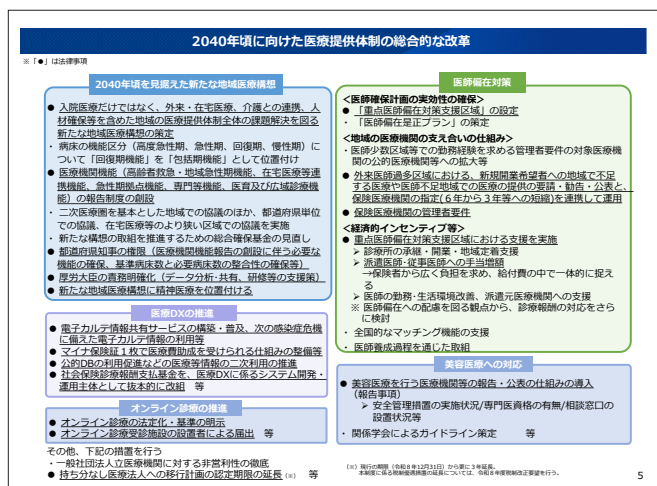


図2

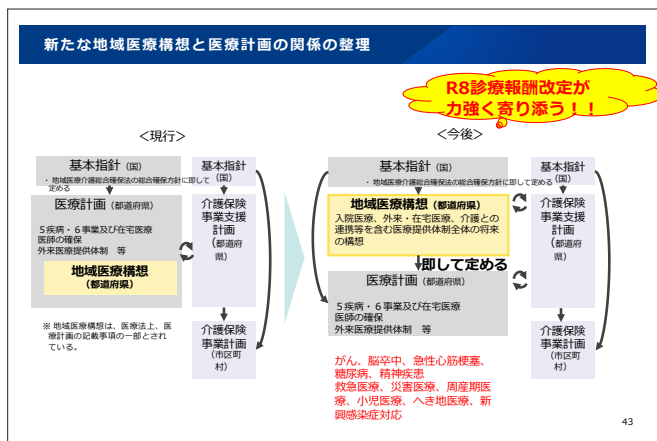


図3

告の他に新たに「医療機関機能」の報告も義務づけた事も重要な点である。

では、2025年を目標に定めたこれまでの地域医療構想の結果がどうだったかと言えば、日本全体では、2015年に125万床だった総病床数は、ほぼ目標通り119万床まで減少し、さらに高度急性期、急性期、回復期の病床数も約90万床でほぼ目標を達成した。唯一、回復期の目標数37.5万床だけは、20万床と目標の約半分しか到達しなかった。しかし総病床数は目標を達成しているということで、急性期から回復期への転換に拍車をかければ良いのではという試算は当然の流れであり、ここで前述の地域包括医療病棟の位置付けが重要な鍵となる。そして、「回復期」機能のイメージ戦略として、一定程度の急性期機能を担いながら、在宅等を支える機能という発想から生まれたものが、「包括期」の病床機能と言えよう。（図4）

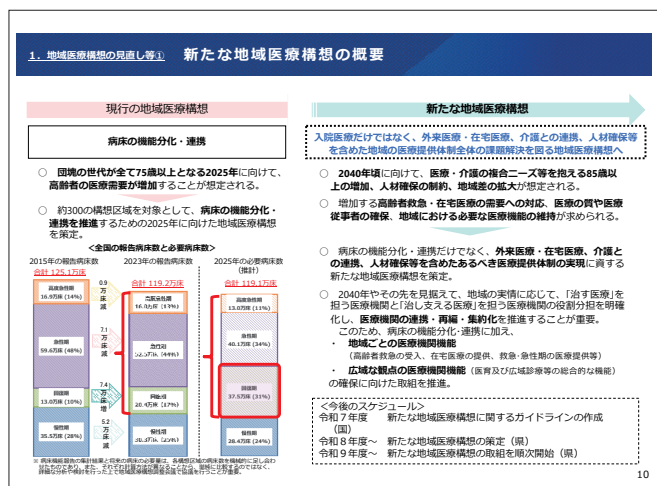


図4

## 6. 新たな地域医療構想における医療機関機能とその区域

前述のとおり、これまでは病棟機能の報告制度だったが、やはり病院全体として、その地域でどういう機能を担っているのかという事を、地域の住民にも明確に「見える化」すべきとの考えにより、「医療機関機能」を併せて報告することになったことが、2つ目の大きなポイントである。では、その医療機関機能は何なのかという、まず一番大きな機能としては、地域への医師派遣機能、医師を育てる医育機能、そしてより広範な観点から診療を担う機能、まさにこれは大学病院の本院機能となる。残りは、手術や救急医療等を集約して担う「急性期拠点機能」、高齢者を始めとした救急搬送も受け入れながら専門病院等との連携で地域の医療を担う「高齢者救急・地域急性期機能」、地域の在宅医療を実施しながら緊急入院受入等も担い在宅支援をする「在宅医療等連携機能」の3機能が示された。

一方、この時点でいわゆる「慢性期機能」が抜け落ちていた感があったため、当協会からも、慢性期医療が担う機能として、『認知症・誤嚥性肺炎・慢性心不全/腎不全等を始めとする「マルチモビリティ」に対応して、必要な医療を一定期間、中長期間にわたって提供しながら在宅復帰を目指す機能』と定義づけて提言、これを回復期リハビリテーション機能と共に、「専門等機能」としてカテゴリーに組み入れて頂いた事を紹介しておきたい。ここであ

えて最終的に「在宅復帰を目指す機能」とした点についても、少し補足しておく。そもそも入院医療というのは、ずっとお預かりする機能だけでは駄目だという考え方は中医協の議論の中にもあり、例えば地域包括医療病棟や地域包括ケア病棟では治しきれず、もう少し長期間かかるけど、でも最終的には在宅復帰等を目指すということを担った病院機能であるということを、明確にすべきとの考え方で合意に至った経緯がある。最終的に、「専門的機能」として、回復期リハビリテーションを中心とした「集中的なリハビリテーション機能」と「高齢者の中長期にあたる入院機能」を組み込んで頂いた。

さらにもう1点、この医療機関機能については、全国津々浦々が全て同じ機能で落とし込めるかという点と実際はそうではない。そこで今回は、人口100万人以上を想定して東京や大阪、名古屋といった「大都市型」、人口50万人程度の「地方都市型」、そして人口30万人以下の「人口の少ない地域」この3区域に分けて考えることが提唱された。そしてその人口規模毎にそれぞれの特徴を加味しながら、前述の急性期拠点機能、高齢者救急地域急性期機能、在宅連携機能、専門的機能もそれぞれ多少の役割の違いも明示しながら、各区域毎に医療機関機能を選択して頂きたいとのメッセージとなった。特に「急性期拠点機能」については、人口規模により必ずしも急性期に特化できない病院もありうると思われるので、ここはそれぞれの地域の実情とその医療機関の実力等とのバランスを加味しながら、各区域の調整会議等での議論になるものと思われる。(図5)

この考え方は、私も委員を拝命した2040年に向けた介護保険サービス中心の検討会である「2040年向けのサービス提供体制のあり方検討会」の中間報告でも、サービスの需要の変化に応じた提供の構築の中で、カテゴリーの基準こそ微妙な違いはあるものの、大都市と一般都市、そして中山間・人口減少地域の3区分に分けて検討しており、まさに医療も介護もこの3類型に分けて、今後方向性を考えていることは認識しておいてよいだろう。

新たな地域医療機能検討委員会資料より一部改定

区域の人口規模を踏まえた医療機関機能の考え方(案)					
区域	現在の人口規模の目安	急性期拠点機能	高齢者救急・地域急性期機能	在宅医療等連携機能	専門的機能
大都市型	100万人以上 <small>※東京など人口の極めて多い地域においては、高齢者が多く、地域在住の患者も踏まえつつ別途整理</small>	<ul style="list-style-type: none"> <li>将来の手術等の医療需要を踏まえ、区域内に複数医療機関を確保</li> <li>都道府県からの依頼等を踏まえ、地域の医療機関へ医師を派遣する</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>高齢者救急の対応の他、再発の手術など、頻度の多い一部の手術についても対応</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>診療所による在宅医療の充実が多い場合、その充実が期待される地域に特化した診療所等の連携</li> <li>高齢者施設等からの患者受入れ等の連携</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>特定の診療科に特化した手術等を専門</li> <li>有床診療所等の担った地域に特化した診療機能</li> <li>集中的な回復期リハビリテーション</li> </ul>
地方都市型	50万人程度	<ul style="list-style-type: none"> <li>将来の手術等の医療需要を踏まえ、区域内に1～複数医療機関を確保</li> <li>都道府県からの依頼等を踏まえ、地域の医療機関へ医師を派遣する</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>高齢者救急の対応</li> <li>手術等が必要な症例については地域の医療機関において、急性期拠点機能を有する医療機関へ搬送</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>地域の在宅医療の提供状況に応じて、在宅医療、訪問看護の提供や後方支援を兼ね、高齢者施設等からの患者受入れ等の連携</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>高齢者の中長期にあたる入院医療</li> </ul>
人口の少ない地域	～30万人 <small>※20万人未満の地域については、急性期拠点機能の確保が困難な場合について特におよむことと考慮される</small>	<ul style="list-style-type: none"> <li>手術等の医療需要を多く投入する医療行為について集約化し区域内に1医療機関を確保する</li> <li>1医療機関の確保が困難な場合については急性期拠点機能を有する医療機関へ搬送</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>地域の医療資源の範囲内で高齢者救急の対応</li> <li>手術等が必要な症例については急性期拠点機能を有する医療機関へ搬送</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>診療所による在宅医療の充実が少ない場合、自ら在宅医療や訪問看護を提供、高齢者施設等からの患者受入れ等の連携</li> </ul>	

※ 地域の実情に応じて、複数の医療機関機能の選択が可能

図5

## 7. かかりつけ医機能報告制度の導入と今後の影響

この「かかりつけ医機能報告制度」とは、医療機関の機能を可視化し、地域住民に対して情報提供を行う仕組みである。そしてこの制度は診療所に限らず、特定機能病院以外の全ての病院も対象となり、報告の中の1号機能はそれぞれの診療機能が中心であるが、2号機能は時間外の診療、入退院支援、在宅医療の提供、介護等と連携した医療機能等を報告するものである。この2号機能は、特に200床未満の在宅支援を担う在宅療養支援病院や地域包括ケア病棟を持つ病院にとっては大変重要な機能であろう。これらの情報は公開されるため、医療機関の役割が明確化されるとともに、患者の医療機関選択にも影響を与える事になる。またこの制度は医療機関間の役割分担を促進する効果も有し、地域全体として効率的かつ適切な医療提供体制を構築するための基盤となりうるものである。さらにもう一つ注目したいことは、かかりつけ医機能を発揮されるための基盤整備の中で、医師のリカレント教育や研修の充実等を謳い、実地研修を含めた研修体制を構築する事を求めている点である。医師を始めとする地域医療の担い手の人材確保の点からも、是非積極的に取り組みたい。(図6)

「2040年に向けたサービス提供体制等のあり方」検討会 とりまとめ (概要) <span style="float: right;">令和7年7月25日</span>	
<b>地域にむける「連携」を推進したサービス提供体制の確保と地域共生社会</b> ○ 2040年に向けて、高齢化・人口減少のスピードが異なる中、地域の実情を踏まえつつ、事業者など関係者の分野を越え連携を図り、サービス需要に応じた介護、障害福祉、こどもの福祉分野のサービス提供体制の構築が必要。 ○ 地域住民を包括的に支えるための包括的支援体制の整備も併せて推進することで、地域共生社会を表現。	
<b>2040年に向けた課題</b> ○ 人口減少、85歳以上の医療・介護ニーズを踏まえ認知症高齢者、高齢高齢者の増加 ○ サービス需要の地域差、自立支援のもと、地域の実情に応じた効率的・効率的なサービス提供 ○ 介護人材をはじめ福祉人材が安心して働き続け、利用者等とともに地域で活躍できる地域共生社会を構築	<b>基本的な考え方</b> ① 「地域包括ケアシステム」を2040年に向け強化 ② 地域軸・時間軸を踏まえたサービス提供体制確保 ③ 人材確保と職場環境改善・生産性向上、経営支援 ④ 地域の共通課題と地方創生 (※)
<b>方向性</b> (1) サービス需要の変化に応じた提供体制の構築 等 ※ 中山間・人口減少地域 サービス維持・確保のための柔軟な対応 ・地域のニーズに応じた柔軟な対応の検討 ・配置調整等の強化、包括的な連携の仕組み (訪問・通所などサービス間の連携・柔軟化、市町村事業によるサービス提供 等) ・地域の介護を支える法人への支援	
※ サービス需要変化の地域差に応じて3分類 (2) 人材確保・生産性向上・経営支援 等 ・テクノロジー導入、タスクシフトシェアによる生産性向上 ※ 2040年に向けた対応。事業者への伴走支援や在宅技術開発 ・都道府県単位で、雇用管理・生産性向上など経営支援の体制の構築 ・大規模によるメリットを示しつつ、介護事業者の協働化・連携 (関係業種等) の推進 ・地域の実情に応じた既存施設の有効活用等 (財産処分等に係る緩和) ・人材確保に係るプラットフォーム機能の充実 ・福祉医療機構による法人の経営支援、分析スコアカードの活用による経営課題の早期発見	
(3) 地域包括ケアシステム、医療介護連携 等 ・地域の連携・介護体制の充実、特定分析と2040年に向けた介護・医療連携の議論 (地域医療構想との連携) ・介護予防支援拠点の整備と地域健康活動の組み合わせ (※ 他) / 介護予防、一体的実施、「通いの場」、サービス・活動の組み合わせ ・認知症高齢者等に対する、医療・介護等に加え、地域におけるインフォーマルな支援の推進	
(4) 福祉サービス共通課題への対応 (分野を越えた連携促進) ・社会福祉連携推進法人の活用を促進するための要件緩和 ・地域の中核的なサービス主体が関係業種をまとめることへの支援	

図6

## 8. 令和8年度診療報酬改定に向けた病院団体としてのロビー活動

今回の令和8年度診療報酬改定については、やはりまず+3.09%という大幅なプラス改定率になった経緯をお伝えしておきたい。ご承知の通り、日本経済が長いデフレ基調から脱却しインフレ基調となった令和5年度あたりから物価・賃金の上昇が顕著となり、公定価格である医療介護の分野での厳しい経営環境が報道等で伝えられ始めた。しかしそれでも当初は財務省を中心に、大幅な改定財源の上積みには真っ向から反対してきて、様々なデータを駆使しながらネガティブキャンペーンが張られていたことは周知の通りである。そこで日本病院団体協議会(日病協)内の日本慢性期医療協会を含む6病院団体が中心となり、「病院の経営等に関するデータ検討会」を立ち上げ、各病院団体独自の実態調査をもとに各種試算をした結果、少なくとも病院に関する令和8年度診療報酬の改定率については10%超が必要だとの資料を揃えた。そしてこの資料をもとに、日本医師会とも共同歩調を取りながら、「ある日突然、その地域の病院が閉鎖されてもおかしくない状況である」と各方面に強く働きかけた。そして徐々にマスメディアにも病院経営の危機的状況が伝わり始め、さらに多くの国会議員の先生方にも集結して頂き「国民の医療を守る議員の会」や「社会保障を守る緊急集会」を開催することができた。その

効果もあってか、令和7年度補正予算では、医療介護パッケージとして緊急支援がなされたことはご承知の通りである。そしてこの流れの中で、令和8年度診療報酬改定の基本方針では、その一丁目一番地はやはり物価・賃金の上昇に対する対応だということになり、最終的には令和8年度診療報酬は3.09%という近年にない大幅なプラス改定率になったことは、それが必要充分だったかどうかという点は別として、関係各位のご努力にも感謝申し上げたい。

## 9. 令和8年度診療報酬の改定率と大臣合意事項

ではここからは、あらためて令和8年度の診療報酬改定の概要とそのポイントを紐解いていきたい。まず前述のとおり、診療報酬改定率+3.09%という数字は、正直言うと昨年末の段階でも予想出来なかった数字でもあり一定の評価をしたい。一方で、この改定率発表とともに、もはや恒例となった感もある財務・厚労の両大臣合意事項は、例年にも増して増えたばかりか、中医協の議論を待たずに改定財源の使い道をその%まで含め細かく「指示」されていることは、昨年10月末に任期満了で退任した前中医協委員としても、やはり「中医協の形骸化」の兆しではないかと忸怩たる思いである。

まず全体の改定率3.09%のうち、賃上げ部分として+1.7%で、かつ今回はR8が+1.23%、R9+2.18%と年度毎の積み上げ率が規定された。さらに物価対応分+0.76%、食費・光熱費分+0.09%、R6改定以降の経営環境の悪化を踏まえた緊急対応分+0.44%となった。そして本体で唯一の引き下げが、後発医薬品への置き換えの進展を踏まえた処方や調剤の評価の適正化と、一部の不適切な実態が明るみにでた在宅医療、訪問看護の適正化、さらには長期処方、リフィル処方の取り扱い強化、取り組み強化による効率化等で、-0.15%となった。この中で長期リフィル処方に関しては、実態を求めるものではなくて、リフィル処方や長期処方が可能な旨を医療機関等で掲示していくことになりそう。残り+0.25%分は、これまで通りの比率で内科・歯科・調剤に分配され、また薬価は例年通りの引き



は経過措置病棟となる可能性もあり、地域包括医療病棟や地域包括ケア病棟の選択も視野に置いて、自院が担うべき医療機能機能を検討した上で再編も検討すべき時期にきていると考える。

また算定基準の詳細は割愛するが、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度における内科的救急に対する重症度の評価が大きく見直しされた点は、基準値も引き上げられたとは言え一定の評価ができればよい。

次に総合入院体制加算と急性期充実体制加算が廃止されたあと新設された「急性期総合入院体制加算」について、その経緯も含めて触れておきたい。まず既存の「総合入院体制加算」とは入院機能の総合性、つまり精神科や周産期・小児医療のように政策医療に近い入院機能を総合的に担うことを評価した加算であったのに対して、前回改定で新設された「急性期充実体制加算」は、主に緊急手術を含めた手術件数を集約化、集積化した病院機能を評価したものであったが、実はこちらの方が点数は高い。このため緊急手術・全麻手術の実績が高い病院の多くが、総合入院体制加算病院から急性期充実体制加算病院へシフトし、急性期充実体制加算病院が一気に増えたことで、地域によっては総合病院がなくなってしまう医療圏が出てきたことを問題視する議論が中医協総会でもあった。今回、あらためて総合性と集積性をバランスよく担う病院を的確に評価する目的で、新たに急性期総合体制加算を5段階で新設し、いずれも地域包括医療病棟、地域包括ケア病棟、療養病棟等のケアミックスを認めず、うち同加算2までは、精神科病棟を必須としている。ただし、ここでも「人口の少ない地域」への配慮として、同加算5については、かなり施設基準を緩めていることも注目しておきたい。いずれにしても、包括期や慢性期の病院にとっては、この急性期総合入院体制加算病院とどう連携していくかということが肝要になってくるであろう。

特定集中治療室については、前回のR6改定で宿日直扱いが大きく減算されたが、今回ここを3段階に見直した上で、特定集中治療室管理料2・3については宿日直も可能と緩和された点は、地方の医師過小地域等の基幹病院にとっては福音であろう。(図9)

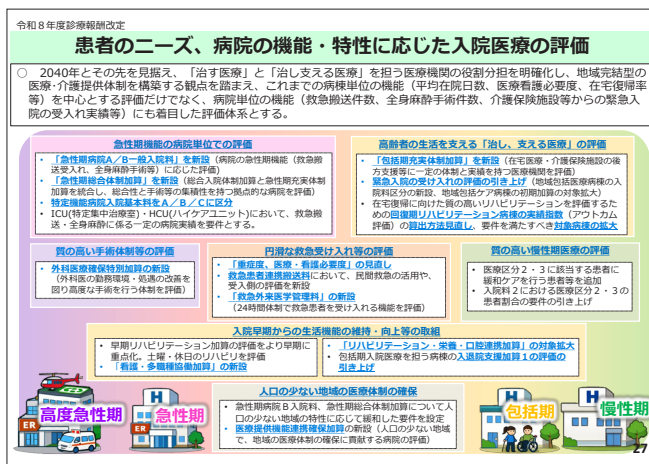


図9

## 12. 包括期（地域包括医療病棟・地域包括ケア病棟・回復期リハ病棟）の見直し

包括期に関しては、まず地域包括医療病棟や地域包括ケア病棟が、治し支える医療で地域包括ケアを支える病院として、大いにその役割を発揮する事を求められた改定であると言えます。ただし私見ではあるが、現状で地域包括ケアを支える病棟としては、ポストアキュート、サブアキュート、在宅支援をバランスよく担うというその生い立ちからすると、やはり地域包括ケア病棟が一番相応しい気がしている。(図10)

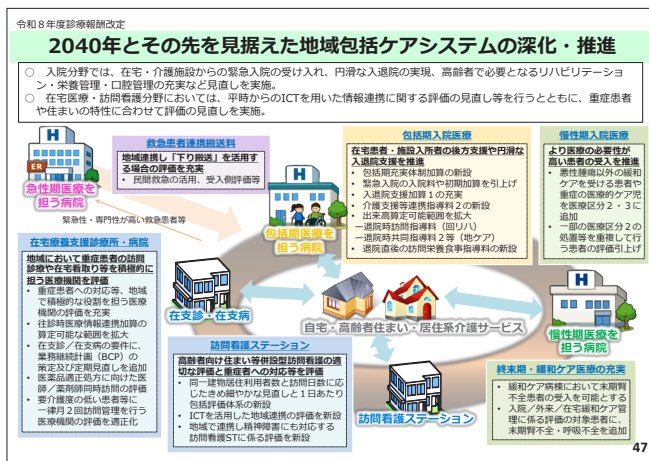


図10

包括期の議論の中で、中医協総会で提示された急性期一般入院料4と地域包括医療病棟と地域包括ケア病棟1/3、2/4との施設基準上の比較表は、興味深い(図11)。この表で示されている通り、その



会が以前から提唱してきた要望の一つであり、大いに評価したい。今後は、さらにデータを積み上げ、更なるジャンルの合わせ技に対する新たな評価も求めていきたい。

ここで療養病床入院基本料2の今後について、私見としてここで少し触れておきたい。ご承知の通り、療養病床入院基本料1と2の看護配置基準はいずれも20対1と同じで、施設基準上の違いは、医療区分2・3の割合だけであり、今回その差も2割とさらに縮まった。次か、次の次の改定あたりで、療養2がさらに減算、あるいは一定の経過措置を設けて廃止の方向にむかう可能性は否定出来ないと思われる。となれば療養2病棟については、自院の患者層から今後も医療区分の割合が低い状況が続くと想定されれば介護医療院への変換、もし割合が高いことが見込まれれば介護医療院との組合せも含めて、療養1や地域包括ケア病棟への転換等も視野に入れつつ、次の一手を考えておいた方が良いだろう。また今回は大幅プラス改定であったことで免れた感もあるが、前回の改定では地域包括ケア病棟に導入されたように、療養病床の日数通減制、つまり半年間だったら〇〇点減算といったこともありうるかと考えておかねばならないだろう。

療養病床については、その他にも医療的ケア児や悪性疾患以外の緩和ケア時の麻薬使用患者を医療区分2の対象としたこと、高額な薬剤の一部が包括払から外して頂いたこと等も含めて、本改定では当協会の要望をかなり反映して頂いたものとして評価したい。ただし障害者病棟については、療養病床と同じような廃用症候群に対しては少し適正化されたことなどは留意が必要であろう。(図10)

## 14. 入院全般の通則等の共通事項の見直し

入院全般の通則等共通事項の見直しについて、最も注目すべきは身体的拘束最小化についてであろう。今回は身体的拘束最小化の基準を「体制に係る基準」と位置付け、その実績や取り組みに係る基準を示し、減算なし、20点減算、40点減算の3段階の基準を設けた。さらに加算算定可能な病棟は限ら

れているものの、管理者等を中心として、組織的に特に質の高い取組を行う体制を評価する「身体的拘束最小化推進体制加算」1日40点加算を算定期限なしで新設したことは画期的であり、ある意味で医療課の並々ならぬ思いが伝わる改定の一つと言える。

しかもこの「身体的拘束最小化」を入院基本料の通則として見直したということは、今後は否が応でも高齢者医療が中心にならざるを得ない日本の入院医療体制全般の中で、包括期や慢性期だけでなく、急性期病院全般も含めて身体的拘束最小化をしっかりと取り組んでほしいという強いメッセージであり、すぐにでも取り組んでいただきたい。そして包括期や慢性期を中心とした日本慢性期医療協会の会員としては、是非ともその先頭にたつて範を示す気概を持っていたいただければ幸いである。

入院時食事療養に関しても、今回は原則として自己負担をあげることによる食事療養費の増額という事を考えれば、会員施設の中には今でも頑張っており組んでいる非常に優秀な施設もあり、是非とも新たな嚆下調整食にもチャレンジして頂きたい。

## 15. 本改定を通しての入院医療の選択と集中のあり方

ここであらためて、「患者のニーズ、病院の機能・特性に応じた入院医療の評価」「2040年とその先を見据えた地域包括ケアシステムの深化・推進」の2つのポンチ絵を通して、本改定の入院医療のあり方を考えてみたい。まず冒頭でもふれたとおり、入院需要については、当初の地域医療構想の予想より随分下がっており、また入院受診延日数や病床稼働率も減少しつつある。

図9・10のポンチ絵からもわかるように、病院を機能別にかなりははっきり色分けしており、中途半端な病院は、自院が治す医療つまり急性期拠点機能に特化した病院を選択するのか、あるいは治し支える医療にシフトするのか、どちらの方向を選択かを定めるべき時期にきていると思われる。もちろん地域の事情によっては両方の機能を担う事が必要な場合があることも指摘されており、一定の配慮がなさ

れている事は前述の通りである。そしてその選択を判断するための材料としては、地域のニーズの動向と共に、もう一つ大事な点はその地域に他にどのような病院があって、自分の病院機能と相反する機能なのか、あるいは同等で競合する機能なのか、更には win-win の関係になる事が可能な病院なのかということをしっかり確認する必要がある。つまり地域の病院の中で、連携できる病院または連携すべき病院か、逆に差別化して競わなきゃいけない病院かの見極めが非常に重要な鍵となるであろう。逆に地域で一人勝ちもまた、一時良くてもいずれ淘汰されてしまうリスクも高いと言わざるを得ない。やはり地域の他の医療機関とも win-win の関係になるためにも、地域の医療に関する需要と供給の実情を正確に把握した上で、自分達がどういう機能を担ったらいいかということを考えて選択するべきではないか。そのためにも、新たな地域医療構想やかかりつけ医機能報告制度にも注目しながら選択していくことが必要だろう。その上で方向性が定まったら、次はそれに合わせて、例えば急性期拠点を目指すなら、外来等の患者離れを良くした上で、難易度の高い高度な手術件数とか、救急搬送患者の受け入れに全力を注ぐし、治し支える医療を目指すなら、思い切って急性期医療提供体制を一定程度整理した上で、包括期医療に全力を注ぎ、慢性期や介護施設・在宅等との連携や、様々な加算等の一つずつ根気よく拾っていくことでなんとか生き残りを懸ける等、それが今回の診療報酬改定への必要な対応ではないだろうか。

少しドラスティックな言い方をすれば、もはや医療制度や診療報酬改定への愚痴や批判をしている場合ではなく、「なんちゃって急性期」だけじゃなくて、「なんちゃって慢性期」も淘汰される時代に入った事をしっかり認識して対処すべき時期が来たと言えるかもしれない。

## 16. 令和8年度診療報酬改定内容全体を通したメッセージ

最後に、改めて令和8年度診療報酬改定内容全体からのメッセージを、私なりに以下の6点にまとめてみた。

### (1) 物価・賃金上昇等のインフレ基調への対応

ほぼ全職員に向けて、物価賃金上昇を始めとするインフレ基調への対応をして頂いたことは間違いない。だから少々面倒な事務的作業が求められるが、それでも前回に比べればかなり緩和されているので、ぜひこれをしっかり取って頂きたい。

### (2) 働き方改革を含めた人材確保への報酬重点化と基準緩和

いずれにしても他産業も含めて人材確保は非常に喫緊の課題であり、これに対して重点的に診療報酬を付け、一方で報酬をつけられなかったところは基準緩和することで対応した点は評価に値する。この専従専任要件等も含めた施設基準の「基準緩和」は、私ども中医協委員としてもかなり強く訴えてきたことである。

### (3) 病床機能 / 医療機関機能の再編を誘導

冒頭でも触れた通り、本改定は全般的に新たな地域医療構想にかなり寄り添った改定であったとの印象を持っている。そのメッセージをぜひ読み取って対応頂く事を望みたい。

### (4) ストラクチャーからプロセスアウトカム評価へ

今更ながらの共通認識のタイトルではあるが、これが意外に難しいことはご承知の通りであろう。ただ少しでもできるところから評価したのが、本改定とも言えよう。

### (5) 在宅・地域包括ケアへ資源移動と一部適正化

在宅、地域包括ケアへの資源移動の他に、訪問看護等の一部不適切と思われる過度な算定に対して、「包括化」の手法も使いながら一部適正化された。但し、ここは「悪貨が良貨を駆逐しない」という観点で今後の推移を見守る必要もあろう。

### (6) 医療 DX / データ活用の更なる推進と業務効率化

医療提供体制の中でも、医療 DX 推進と業務効率化も避けては通れない項だが、この点についてはまだまだ道半ばと言える。まずは電子処方箋や電子カ

ルテの推進等が必須となる事は間違いない。そのためにもランニングコスト負担の問題は大きいと感じている。

このように、本改定は未曾有の物価・賃金上昇の中で、医療の持続可能性を確保することが大前提であったが、2040年の医療提供体制、新たな地域の構想を意識しながら、持続可能性と再構築を同時に進める構造改革を同時に推進する事も求められた、極めて難しい対応を求められた改定であったと感じている。その意味でも、我々は本改定への目の前の対応だけに気をとられることなく、自院の医療機関機能をどういう方向性に持っていけばよいのか、そのターゲット先をしっかりと決める、そういう機会にして頂きたいと感じている。

## 17. おわりに

ここまで来ればもうおわかりかと思うが、地域包括ケアと地域医療構想は車の両輪であり、今後も診療報酬改定が新たな地域医療構想に“力強く”寄り添うことは間違いない。そして、もはややりたい医療よりも求められる医療を提供しなければならない事も間違いない。では求められる医療は何かという事を示すデータは地域医療構想の中で数多く出ており、最近は中医協関連の資料でもかなり詳しく発出されているので、そこをしっかりと見定める必要がある。

そして医療と介護もバトンを渡す連携ではなく、

これからは一緒に考える「統合」の時代。またかかりつけ医機能報告制度についても、今後は診療報酬改定が寄り添っていく可能性も否定出来ず、少なくとも意識しておくことは重要であろう。

さらに診療報酬は「使っても使われるな」と言いたい。診療報酬が付いたからそれを取りに行く発想ではなく、今だからこそ患者のために良いことをやり続ける覚悟が必要ではないだろうか。良いことをやっていれば、必ずや後で診療報酬がついてくると信じたいし、そうあるべきだと感じている。当協会の病院の中には、そうやって報酬がつかなくても地域で歯を食いしばりながら頑張っている病院がたくさんあり、その病院がやっていることが後付けで診療報酬についてくる例は枚挙にいとまがない。実際に褥瘡対策や身体的拘束の最小化取り組み、美味しい食事提供等も、当協会の病院の中で精力的にやっているところが多くあり、本改定でも見事にそれらに診療報酬がついたのである。そしてやはり地域住民が最後の砦、地域住民の幸せを願って努力していれば、その地域から淘汰されることはないと感じたい。

最後に私の座右の銘でもある、吉田松陰の言葉を紹介する。「夢なき者に理想なし、理想なき者に計画なし、計画なき者に実行なし、実行なき者に成功なし、ゆえに夢なき者に成功なし。」こんな厳しい時代だからこそ、小さな夢でもいい、夢を持ちつつ、皆と一緒に頑張っていきたいものである。



## 令和8年度診療報酬改定からみた包括期，慢性期医療の方向性

日本慢性期医療協会 副会長

平成医療福祉グループ 診療本部長

中医協 入院・外来医療等の調査・評価分科会 委員 井川誠一郎

### 1. はじめに

令和8年度診療報酬改定は、私が中医協 入院・外来医療等の調査・評価分科会の委員を務める中で、3回目の改定である。2年前にも本誌に「2024年度診療報酬改定からみた療養病床の方向性」という拙文を寄稿した。前回改定は診療報酬，介護報酬，障害福祉サービス等の改定を合わせたトリプル改定であり，答申時の「個別改定項目について」，いわゆる短冊と呼ばれる資料のページ数は過去最高の769ページに達し，驚きをもって受け止めたと記した。今回の改定は診療報酬改定単独であるにもかかわらず，831ページと膨大な量となった。これだけでも厚生労働省の今回改定に向けた意気込みを感じざるを得ない。

一方で，地域医療構想は2025年を経過し，新たな構想の策定が進められている。具体的には，85歳以上の高齢者の増加に伴う高齢者救急や在宅医療等の医療・介護需要の増大が見込まれる2040年頃を見据えた新たな地域医療構想のたたき台が一昨年末に作成され，「地域医療構想及び医療計画等に関する検討会」において，さらに検討が重ねられている。従来の地域医療構想が病床機能の分化・連携の推進を目的としていたのに対し，新構想は入院医療にとどまらず，外来・在宅医療，介護との連携等を含めた医療提供体制全体の課題解決を図るものへと進化している。そして，「治す医療」を担う医療機関と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化することが示されている。

また，これまでの「回復期機能」については，その内容に「高齢者等の急性期患者への医療提供機能」を追加し，「包括期機能」と名称変更のうえ，「治し支える医療」を担う病床機能として位置づけられた。包括期機能とは，高齢者等の急性期患者に対して，

治療と同時に入院早期からリハビリテーションを実施し，可能な限り早期の在宅復帰を支援する医療を提供する機能である。このため，救急患者の受入体制を整備し，一定の医療資源を集中的に投入して，速やかに急性期を終える役割も担う。こうした役割は，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などが主として担うと考えられる。まさに慢性期医療協会の会員病院の役割が期待される領域である。

この新たな地域医療構想に沿う形で，医療保険部会において診療報酬改定の基本方針が策定された。令和8年度診療報酬改定の基本方針としては，（1）物価や賃金，人手不足等の医療機関を取り巻く環境変化への対応，（2）2040年頃を見据えた医療機関の機能分化・連携と地域医療の確保，地域包括ケアシステムの推進，（3）安心・安全で質の高い医療の推進，（4）効率化・適正化を通じた医療保険制度の安定性・持続可能性の向上，の4点が掲げられている。特に（1）の物価や賃金，人手不足等への対応が重点課題として最初に位置づけられている点が特徴的である。

### 2. 診療報酬の改定の概要

#### 【入院基本料及び賃上げ対応】

これらに基づき，昨年のクリスマスイブに大臣折衝が行われ，令和8年の診療報酬改定の改定率が+3.09%と発表された。今回の引き上げの特徴は「2026→27年度」と物価・人件費が高騰する点踏まえ，2026年度2.41%，27年度3.77%の診療報酬本体引き上げを行う「2段階」対応が初めて導入されたことである（図1）。

これらに基づき令和8年度診療報酬改定が実施され，3月5日，厚生労働省は令和8年度診療報酬改定説明資料を公表した。その中で，令和8年度改定

令和8年度診療報酬改定について (令和7年12月24日大臣折衝事項)	
<b>1. 診療報酬 +3.09%</b> (R8年度及びR9年度の2年度平均、R8年度+2.41%、R9年度+3.77%) (R8年6月施行)	
<ul style="list-style-type: none"> <li>※1 うち、賃上げ分 <b>+1.709%</b> (2年度平均、R8年度+1.23%、R9年度+2.18%)                     <ul style="list-style-type: none"> <li>医療現場での生産性向上の取組と併せ、R8・R9年度それぞれ13.2% (看護補助者、事務職員は5.7%) のペーパー削減のための措置</li> <li>うち、改定率の0.28%分は、医療機関等における賃上げ余力の回復・確保を図った幅広い職種での賃上げを確実にするための特例的な対応</li> </ul> </li> <li>※2 うち、物価対応分 <b>+0.76%</b> (2年度平均、R8年度+0.55%、R9年度+0.97%)                     <ul style="list-style-type: none"> <li>特に、R8以降の物価上昇への対応として+0.62% (R8年度+0.41%、R9年度+0.82%) を充て、施設類型ごとの費用関係ベース等に基づき配分。(病院+0.49%、歯科診療所+0.10%、歯科診療所+0.02%、保険薬局+0.01%)</li> <li>また、改定率の0.14%分は、高度医療機能を担う病院 (大学病院を含む) が物価の影響を受けやすいこと等を踏まえた特例的な対応</li> </ul> </li> <li>※3 うち、食費・光熱水費分 <b>+0.09%</b> (入院時の食費基準額の引上げ (40円/食)、光熱水費基準額の引上げ (60円/日))                     <ul style="list-style-type: none"> <li>患者負担の引上げ：食費は原則40円/食 (低所得者は所得区分に応じて20~30円/食)、光熱水費は原則60円 (指定難病患者等は別途)</li> </ul> </li> <li>※4 うち、R6改定以降の経営環境の悪化を踏まえた緊急対応分 <b>+0.44%</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>部分に当たっては、R7補正予算の効果を確認したことから、施設類型ごとのR7引上げ維持 (病院+0.40%、歯科診療所+0.02%、歯科診療所+0.01%、保険薬局+0.01%)</li> </ul> </li> <li>※5 うち、後発医薬品への置換えの進展を踏まえた処方や調剤に係る評価の適正化、実態を踏まえた在宅医療・訪問看護関係の評価の適正化、長期処方・リフィル処方の取組強化等による効率化 <b>+0.15%</b></li> <li>※6 うち、※1~5以外分 <b>+0.25%</b> 各科改定率：内科+0.28%、歯科+0.31%、調剤+0.08%</li> </ul>	<b>2. 薬価等</b> 薬価：▲0.86% (R8年4月施行) 材料価格：▲0.01% (R8年6月施行) 合計：▲0.87%
<b>3. 診療報酬制度関連事項</b> ① R9年度における更なる調整及びR10年度以降の経済・物価動向等への対応の検討 ② 賃上げの实效性確保のための対応 ③ 医師偏在対策のための対応 ④ 更なる経営情報の見える化のための対応	<b>4. 薬価制度関連事項</b> ① R8年度薬価制度改革及びR9年度薬価改定の実施 ② 費用対効果評価制度の更なる活用

図1 令和8年度診療報酬改定率

の主なポイントを8項目に整理している (図2)。また同時に説明動画も作成されており、今回の動画は非常に丁寧に構成され、改定内容に関する解説も充実している。一見の価値がある内容である。

まず、1番目の賃上げ・物価対応についてである。

今回の令和8年度診療報酬改定では、賃上げと物価上昇への対応が大きな柱となっている。入院基本料については各基本料が一律に引き上げられており、急性期一般1では186点、回復期リハビリテーション病棟では117点、地域包括医療病棟入院料1では前回改定で新設された地域包括医療病棟入院料より317点の増点となっている。療養病棟についても、1から30まで一律71点の増点である (図3)。

これに加えて、物価対応料が新設された。これは令和8年度、9年度の物価上昇に段階的に対応するため、基本診療料や調剤基本料等の算定に合わせて算定できる加算である。急性期一般1から6では58点から34点、回りハ病棟では19点から15点、療養病床では入院料1から27において18点から8点の範囲で設定されており、物価上昇への補填が図られている。また、令和9年度には令和8年度の2倍の水準となる予定である。

賃上げ対応の全体像としては、令和8年度にプラス3.2%、令和9年度にさらにプラス3.2%、看護補助者や事務職員については各年度プラス5.7%の賃上げを目標として、ベースアップ評価料の見直しと支援が行われることとなっている。

今回の賃上げに向けた見直しは、大きく4点に整

令和8年度医科診療報酬改定の主なポイント	
<b>1. 賃上げや物価への対応</b> 賃上げに向けた評価 物価調整への対応 ※令和8・9年度の物価上昇に対応する「物価対応料」の新設、入院料の食費・光熱水費基準額の引上げ等	<b>5. 人口の少ない地域・医師偏在対策</b> 人口少地域で診療報酬を向上させるための評価の新設 医師偏在対策 地域医療支援体制強化のための評価の新設 地域医療支援体制強化のための評価の新設 (若手医師が減少し、体制確保が必要な診療科の医師を確保として、勤務環境や待遇を改善する加算を評価) 外科医確保特例加算の新設 (長時間勤務手術の実施体制を整備し、外科医の勤務環境や待遇を改善しつつ手術を行う場合を評価)
<b>2. 急性期・高度急性期入院医療の見直し</b> 急性期・高度急性期の医療機能に合わせた評価の見直し 急性期病棟一般入院基本料の新設、特定難病入院基本料の見直し 急性期総合診療科加算の新設 (既存評価を改組し、総合性と手術等の集積性を評価) 特定難病診療管理料の見直し (救急搬送や全身麻酔を実施要件化) 多職種連携で診療する病棟の新設 3. 包括期・慢性期入院医療の見直し 「治し、支える医療」の実現に向けた各評価の見直し 地域包括診療科の新設 (救急対応した診療を実施しなど) 回復期リハビリテーション病棟の見直し (実績指標要件の対象拡大など) 療養病棟入院基本料の算定要件の見直し 買付の効率的な購入体制の整備 生活に配慮した支援を強化するための入院支援加算1の引上げ 身体的拘束の最小化を積極的に行う評価の新設	<b>6. 外科医療の機能分化・強化等</b> 外科医療の機能分化 特定難病病棟等の外科診療料等の算定に係る連絡紹介の基準の見直し 診療報酬に資する評価の見直し 外科に資する評価の見直し 生活習慣病管理料の包括診療や地域包括診療加算等の対象患者の見直し 併用対効果評価料の引上げ、更なる充実
<b>4. 業務効率化・負担軽減等に向けた取組み</b> ICT等の活用による業務効率化・負担軽減 救急や夜間診療でICTを積極的に活用した際の看護配置基準の柔軟化 ※成人1等を積極的に活用した際の看護配置要件集積制加算の柔軟化 やむを得ない場合で看護職員が不足する場合の柔軟な柔軟化	<b>7. 救急・小児・産科・精神医療、DX・オンライン診療の推進</b> 救急医療 救急診療2時間提供体制の評価の拡充 (救急外来診療管理料の新設) 救急患者搬送促進について、民間救急等を活用した転院搬送や下り搬送の導入を評価 小児・産科医療 妊産婦にとって安心できる産後環境の確保と妊産婦・産後のケアを一貫して行うための評価 (産後ケア管理料の新設) 小児科以外で成人科医療を実施の際に難病外来診療管理料を算定可
<b>8. 重点的な対応が求められる各分野での対応 (救急、小児・産科、精神医療、DX・オンライン診療など)</b> 救急医療 救急診療2時間提供体制の評価の拡充 (救急外来診療管理料の新設) 救急患者搬送促進について、民間救急等を活用した転院搬送や下り搬送の導入を評価 小児・産科医療 妊産婦にとって安心できる産後環境の確保と妊産婦・産後のケアを一貫して行うための評価 (産後ケア管理料の新設) 小児科以外で成人科医療を実施の際に難病外来診療管理料を算定可	<b>8. 重点的な対応が求められる各分野での対応 (救急、小児・産科、精神医療、DX・オンライン診療など)</b> 精神医療 (健常) 急性期精神科病棟入院料の新設 (地域ごとの急性期の病院機能を確保する観点から、病棟の機能に目をし、体制整備も含めた入院を新設する。) 精神科地域連携多機能体制加算の新設 (小規模医療機関等で外来診療や障害者ケアなどを一貫して提供する機能を評価) 医療DX・オンライン診療の評価の見直し 電子の診療情報連携体制整備加算の新設 (医療DXに係る評価を改組) D・X・P・W・Nでの勤務時間の記録管理、医師の勤務時間評価を新設

図2 令和8年度診療報酬改定のポイント

	現行	改定後	差
急性期一般1	1688	1874	186
地域一般1	1176	1282	114
回りハ1	2229	2346	117
地域包括ケア1 (≦40日)	2838	2955	117
地域包括医療病棟1・入院料1 (急性期とのケアミックス (-) 緊急入院・手術なし)	3050	3367	317
療養病棟1 入院料1~30	1964~830	2035~901	71
障害者病棟 7対1	1637	1749	112
結核病棟 7対1	1677	1836	159

図3 入院基本料の増点

理できる。すなわち、ベースアップ評価料の対象職種への拡大、ベースアップ評価料の体系の変更、入院料の見直し、そして賃上げに係る評価の使途の見直しである。第1に、ベースアップ評価料の対象職種の拡大である。従来より対象が広がり、新たに事務職員、40歳未満の医師、歯科医師、薬局薬剤師が対象となった。ただし、経営者や法人役員、40歳以上の医師は対象外である。また、歯科技工士ベースアップ支援料や調剤ベースアップ評価料が新設され、歯科技工所や薬局における賃上げ支援も行われることとなった。第2に、ベースアップ評価料の体系の変更である。令和7年度以前から継続的に賃上げを実施している診療所等については、その分を点数に上乗せする仕組みとなった。また、令和8年度・9年度のベースアップ評価料は段階的な評価とされ、令和9年度には令和8年度の2倍の額となる。第3に、入院料の見直しである。令和7年度以前から継続的に賃上げしている場合には、その分を反映した入院基本料の引き上げが行われる。一方で、令

和8年以前に賃上げを実施していない場合には、入院基本料の減算規定が新設された。第4に、賃上げ評価の用途の見直しである。看護職員処遇改善評価料およびベースアップ評価料による収入は、基本給等の引き上げだけでなく、夜勤職員の夜勤手当の増額にも用いることが可能となった。

入院ベースアップ評価料については、令和7年度までにベースアップ評価料を届け出ている医療機関と、届け出していない医療機関とで扱いが異なる(図4)。届け出ている医療機関では、令和6年度改定分の入院ベースアップ評価料相当分と、今回改定で措置される賃上げ余力の回復分を合わせた入院料引き上げが行われ、そのうえで令和8年度のベースアップ評価料を算定することができる。令和9年度にはその額がさらに倍になる。これに対し、令和6年度分のベースアップ評価料で求められた賃上げ水準を満たしていない医療機関については、賃上げ余力回復分や入院料引き上げ相当分が入院料から差し引かれることとなる。たとえば、急性期一般入院料1は1688点から1874点へ引き上げられるが、令和7年度までにベースアップ評価料を届け出していなかった場合には、その調整として121点が差し引かれる。

また、入院ベースアップ評価料自体も拡充されており、最大区分は165点から250点となる。さらに、令和9年6月以降は最大500点まで算定可能となる新たな区分が設けられる。

	現行 1-165区分	令和8年6月-令和9年5月 1-250区分	令和9年6月~ 1-500区分 (251-500区分が算定可能に)
入院ベースアップ 評価料(1)	1~165点	1~250点	1~500点

継続的な賃上げに取り組まず、この評価料を届け出ない医療機関に対しては、**入院基本料等から所定の点数が減算**

Ex) 急性期一般入院料1: 121点(1日当たり)  
地域包括医療病棟: 113点  
回復期リハビリ病棟: 76点  
地域包括ケア病棟: 69点  
療養病棟: 42点

減算対象  
以下のいずれも満たさない場合  
1. 令和8年3月31日時点において、入院ベースアップ評価料の届出を行っていること  
2. 令和6年3月と比較して、継続的に賃上げを行っている保険医療機関であること  
3. 令和8年6月1日以降に新規開設した保険医療機関であること

図4 入院ベースアップ評価料の見直し

### 3. 診療報酬改定の具体的内容

#### 【急性期・高度急性期入院医療】

包括期、慢性期の改正点に言及する前に急性期・高度急性期入院医療の見直しについて少し触れておく。

今回の改定で急性期における最も大きな見直しの一つが、急性期病院一般入院基本料の新設である。これは、救急搬送や全身麻酔手術といった急性期機能を病院として担うことを評価するものであり、急性期病院A一般入院料と急性期病院B一般入院料に分かれる。いずれもDPC対象病院であることが共通要件であり、救急搬送受入件数や全身麻酔手術件数によってA・Bが区分される。急性期病院Aでは、救急搬送件数年間2000件以上、全身麻酔手術年間1200件以上などが要件となっている。あわせて、これら急性期病院の精神病棟についても、新たに急性期病院精神病棟入院基本料として評価される。施設基準を見ると、救急要件や手術要件を除けば、急性期病院Aは急性期一般1と、急性期病院Bは急性期一般4とおおむね近い構造であるが、急性期病院A・Bの方が高い点数が設定されている。今後は、看護配置7対1の急性期一般1が急性期病院Aへ、10対1の急性期一般2以下が急性期病院Bへ集約されていく可能性が高いと考えられる。その結果、救急搬送実績をめぐる競争が激しくなることも予想される(図5)。

令和8年度診療報酬改定 II-1-1 患者のニーズ、病院の機能・特性、地域医療構想を踏まえた、医療提供体制の整備-①

#### 急性期病院一般入院基本料等の評価

▶ 病院の機能に照目した急性期病院一般入院基本料等を新設するとともに、救急搬送症例や手術なし症例における重症度、医療・看護必要度の適切な評価を進める観点から、該当患者割合に救急搬送応答係数を加えた該当患者割合指数に見直す。  
▶ 高齢者等が主に入棟する病棟において、患者のADL維持・向上等に係る取組を進めるため、看護・多職種協働加算を新設。

	急性期病院 急性期一般1 (7割以上が 看護職員)	急性期病院 急性期一般2 (7割以上が 看護職員)	急性期一般 1	急性期一般 2	急性期一般 3	急性期一般 4*	急性期一般 5	急性期一般 6			
看護職員	7割以上 (7割以上が 看護職員)	10割以上 (7割以上が 看護職員)	7割以上 (7割以上が 看護職員)	2	3	4*	5	6			
看護・多職種*	25対1以上	25対1以上	25対1以上	25対1以上	25対1以上	25対1以上	25対1以上	25対1以上			
救急搬送応答 係数の算定	必要度1 25対1以上	必要度2 25対1以上	必要度3 25対1以上	必要度4 25対1以上	必要度5 25対1以上	必要度6 25対1以上	必要度7 25対1以上	必要度8 25対1以上			
平均在院日数	16日以内	21日以内	16日以内	21日以内	21日以内	21日以内	21日以内	21日以内			
在宅復帰・病床稼働率	8割以上	8割以上	8割以上	8割以上	8割以上	8割以上	8割以上	8割以上			
その他	医師の数が 入院患者数の 100分の10 以上	医師の数が 入院患者数の 100分の10 以上	医師の数が 入院患者数の 100分の10 以上	医師の数が 入院患者数の 100分の10 以上	医師の数が 入院患者数の 100分の10 以上	医師の数が 入院患者数の 100分の10 以上	医師の数が 入院患者数の 100分の10 以上	医師の数が 入院患者数の 100分の10 以上			
急性期病院等の病棟の規模	病床数200 以上 看護職員20 以上 看護職員1 人当たり看護 職員2人以上 看護職員1 人当たり看護 職員2人以上 看護職員1 人当たり看護 職員2人以上	病床数500 以上 看護職員30 以上 看護職員1 人当たり看護 職員2人以上 看護職員1 人当たり看護 職員2人以上	病床数500 以上 看護職員30 以上 看護職員1 人当たり看護 職員2人以上 看護職員1 人当たり看護 職員2人以上	病床数500 以上 看護職員30 以上 看護職員1 人当たり看護 職員2人以上 看護職員1 人当たり看護 職員2人以上	病床数500 以上 看護職員30 以上 看護職員1 人当たり看護 職員2人以上 看護職員1 人当たり看護 職員2人以上	病床数500 以上 看護職員30 以上 看護職員1 人当たり看護 職員2人以上 看護職員1 人当たり看護 職員2人以上	病床数500 以上 看護職員30 以上 看護職員1 人当たり看護 職員2人以上 看護職員1 人当たり看護 職員2人以上	病床数500 以上 看護職員30 以上 看護職員1 人当たり看護 職員2人以上 看護職員1 人当たり看護 職員2人以上			
データ提出加算	点数	1,930点	1,643点	1,898点	1,874点	1,779点	1,704点	1,597点	1,874点	1,575点	1,523点

※1 急性期病院B入院基本料又は急性期一般入院料4において、看護・多職種協働加算を算定する場合は、入院基本料の看護職員10対1以上の配置に加え、看護職員を含む多職種職員25対1が配置される。  
※2 重症度、医療・看護必要度の基準患者割合に係る指数：該当患者割合+救急搬送応答係数  
※3 急性期病院A・B、急性期一般1～5、急性期一般2～5、急性期一般3～5、急性期一般4～5、急性期一般5～6、急性期一般6～7、急性期一般7～8、急性期一般8～9、急性期一般9～10、急性期一般10～11、急性期一般11～12、急性期一般12～13、急性期一般13～14、急性期一般14～15、急性期一般15～16、急性期一般16～17、急性期一般17～18、急性期一般18～19、急性期一般19～20、急性期一般20～21、急性期一般21～22、急性期一般22～23、急性期一般23～24、急性期一般24～25、急性期一般25～26、急性期一般26～27、急性期一般27～28、急性期一般28～29、急性期一般29～30、急性期一般30～31、急性期一般31～32、急性期一般32～33、急性期一般33～34、急性期一般34～35、急性期一般35～36、急性期一般36～37、急性期一般37～38、急性期一般38～39、急性期一般39～40、急性期一般40～41、急性期一般41～42、急性期一般42～43、急性期一般43～44、急性期一般44～45、急性期一般45～46、急性期一般46～47、急性期一般47～48、急性期一般48～49、急性期一般49～50、急性期一般50～51、急性期一般51～52、急性期一般52～53、急性期一般53～54、急性期一般54～55、急性期一般55～56、急性期一般56～57、急性期一般57～58、急性期一般58～59、急性期一般59～60、急性期一般60～61、急性期一般61～62、急性期一般62～63、急性期一般63～64、急性期一般64～65、急性期一般65～66、急性期一般66～67、急性期一般67～68、急性期一般68～69、急性期一般69～70、急性期一般70～71、急性期一般71～72、急性期一般72～73、急性期一般73～74、急性期一般74～75、急性期一般75～76、急性期一般76～77、急性期一般77～78、急性期一般78～79、急性期一般79～80、急性期一般80～81、急性期一般81～82、急性期一般82～83、急性期一般83～84、急性期一般84～85、急性期一般85～86、急性期一般86～87、急性期一般87～88、急性期一般88～89、急性期一般89～90、急性期一般90～91、急性期一般91～92、急性期一般92～93、急性期一般93～94、急性期一般94～95、急性期一般95～96、急性期一般96～97、急性期一般97～98、急性期一般98～99、急性期一般99～100、急性期一般100～101、急性期一般101～102、急性期一般102～103、急性期一般103～104、急性期一般104～105、急性期一般105～106、急性期一般106～107、急性期一般107～108、急性期一般108～109、急性期一般109～110、急性期一般110～111、急性期一般111～112、急性期一般112～113、急性期一般113～114、急性期一般114～115、急性期一般115～116、急性期一般116～117、急性期一般117～118、急性期一般118～119、急性期一般119～120、急性期一般120～121、急性期一般121～122、急性期一般122～123、急性期一般123～124、急性期一般124～125、急性期一般125～126、急性期一般126～127、急性期一般127～128、急性期一般128～129、急性期一般129～130、急性期一般130～131、急性期一般131～132、急性期一般132～133、急性期一般133～134、急性期一般134～135、急性期一般135～136、急性期一般136～137、急性期一般137～138、急性期一般138～139、急性期一般139～140、急性期一般140～141、急性期一般141～142、急性期一般142～143、急性期一般143～144、急性期一般144～145、急性期一般145～146、急性期一般146～147、急性期一般147～148、急性期一般148～149、急性期一般149～150、急性期一般150～151、急性期一般151～152、急性期一般152～153、急性期一般153～154、急性期一般154～155、急性期一般155～156、急性期一般156～157、急性期一般157～158、急性期一般158～159、急性期一般159～160、急性期一般160～161、急性期一般161～162、急性期一般162～163、急性期一般163～164、急性期一般164～165、急性期一般165～166、急性期一般166～167、急性期一般167～168、急性期一般168～169、急性期一般169～170、急性期一般170～171、急性期一般171～172、急性期一般172～173、急性期一般173～174、急性期一般174～175、急性期一般175～176、急性期一般176～177、急性期一般177～178、急性期一般178～179、急性期一般179～180、急性期一般180～181、急性期一般181～182、急性期一般182～183、急性期一般183～184、急性期一般184～185、急性期一般185～186、急性期一般186～187、急性期一般187～188、急性期一般188～189、急性期一般189～190、急性期一般190～191、急性期一般191～192、急性期一般192～193、急性期一般193～194、急性期一般194～195、急性期一般195～196、急性期一般196～197、急性期一般197～198、急性期一般198～199、急性期一般199～200、急性期一般200～201、急性期一般201～202、急性期一般202～203、急性期一般203～204、急性期一般204～205、急性期一般205～206、急性期一般206～207、急性期一般207～208、急性期一般208～209、急性期一般209～210、急性期一般210～211、急性期一般211～212、急性期一般212～213、急性期一般213～214、急性期一般214～215、急性期一般215～216、急性期一般216～217、急性期一般217～218、急性期一般218～219、急性期一般219～220、急性期一般220～221、急性期一般221～222、急性期一般222～223、急性期一般223～224、急性期一般224～225、急性期一般225～226、急性期一般226～227、急性期一般227～228、急性期一般228～229、急性期一般229～230、急性期一般230～231、急性期一般231～232、急性期一般232～233、急性期一般233～234、急性期一般234～235、急性期一般235～236、急性期一般236～237、急性期一般237～238、急性期一般238～239、急性期一般239～240、急性期一般240～241、急性期一般241～242、急性期一般242～243、急性期一般243～244、急性期一般244～245、急性期一般245～246、急性期一般246～247、急性期一般247～248、急性期一般248～249、急性期一般249～250、急性期一般250～251、急性期一般251～252、急性期一般252～253、急性期一般253～254、急性期一般254～255、急性期一般255～256、急性期一般256～257、急性期一般257～258、急性期一般258～259、急性期一般259～260、急性期一般260～261、急性期一般261～262、急性期一般262～263、急性期一般263～264、急性期一般264～265、急性期一般265～266、急性期一般266～267、急性期一般267～268、急性期一般268～269、急性期一般269～270、急性期一般270～271、急性期一般271～272、急性期一般272～273、急性期一般273～274、急性期一般274～275、急性期一般275～276、急性期一般276～277、急性期一般277～278、急性期一般278～279、急性期一般279～280、急性期一般280～281、急性期一般281～282、急性期一般282～283、急性期一般283～284、急性期一般284～285、急性期一般285～286、急性期一般286～287、急性期一般287～288、急性期一般288～289、急性期一般289～290、急性期一般290～291、急性期一般291～292、急性期一般292～293、急性期一般293～294、急性期一般294～295、急性期一般295～296、急性期一般296～297、急性期一般297～298、急性期一般298～299、急性期一般299～300、急性期一般300～301、急性期一般301～302、急性期一般302～303、急性期一般303～304、急性期一般304～305、急性期一般305～306、急性期一般306～307、急性期一般307～308、急性期一般308～309、急性期一般309～310、急性期一般310～311、急性期一般311～312、急性期一般312～313、急性期一般313～314、急性期一般314～315、急性期一般315～316、急性期一般316～317、急性期一般317～318、急性期一般318～319、急性期一般319～320、急性期一般320～321、急性期一般321～322、急性期一般322～323、急性期一般323～324、急性期一般324～325、急性期一般325～326、急性期一般326～327、急性期一般327～328、急性期一般328～329、急性期一般329～330、急性期一般330～331、急性期一般331～332、急性期一般332～333、急性期一般333～334、急性期一般334～335、急性期一般335～336、急性期一般336～337、急性期一般337～338、急性期一般338～339、急性期一般339～340、急性期一般340～341、急性期一般341～342、急性期一般342～343、急性期一般343～344、急性期一般344～345、急性期一般345～346、急性期一般346～347、急性期一般347～348、急性期一般348～349、急性期一般349～350、急性期一般350～351、急性期一般351～352、急性期一般352～353、急性期一般353～354、急性期一般354～355、急性期一般355～356、急性期一般356～357、急性期一般357～358、急性期一般358～359、急性期一般359～360、急性期一般360～361、急性期一般361～362、急性期一般362～363、急性期一般363～364、急性期一般364～365、急性期一般365～366、急性期一般366～367、急性期一般367～368、急性期一般368～369、急性期一般369～370、急性期一般370～371、急性期一般371～372、急性期一般372～373、急性期一般373～374、急性期一般374～375、急性期一般375～376、急性期一般376～377、急性期一般377～378、急性期一般378～379、急性期一般379～380、急性期一般380～381、急性期一般381～382、急性期一般382～383、急性期一般383～384、急性期一般384～385、急性期一般385～386、急性期一般386～387、急性期一般387～388、急性期一般388～389、急性期一般389～390、急性期一般390～391、急性期一般391～392、急性期一般392～393、急性期一般393～394、急性期一般394～395、急性期一般395～396、急性期一般396～397、急性期一般397～398、急性期一般398～399、急性期一般399～400、急性期一般400～401、急性期一般401～402、急性期一般402～403、急性期一般403～404、急性期一般404～405、急性期一般405～406、急性期一般406～407、急性期一般407～408、急性期一般408～409、急性期一般409～410、急性期一般410～411、急性期一般411～412、急性期一般412～413、急性期一般413～414、急性期一般414～415、急性期一般415～416、急性期一般416～417、急性期一般417～418、急性期一般418～419、急性期一般419～420、急性期一般420～421、急性期一般421～422、急性期一般422～423、急性期一般423～424、急性期一般424～425、急性期一般425～426、急性期一般426～427、急性期一般427～428、急性期一般428～429、急性期一般429～430、急性期一般430～431、急性期一般431～432、急性期一般432～433、急性期一般433～434、急性期一般434～435、急性期一般435～436、急性期一般436～437、急性期一般437～438、急性期一般438～439、急性期一般439～440、急性期一般440～441、急性期一般441～442、急性期一般442～443、急性期一般443～444、急性期一般444～445、急性期一般445～446、急性期一般446～447、急性期一般447～448、急性期一般448～449、急性期一般449～450、急性期一般450～451、急性期一般451～452、急性期一般452～453、急性期一般453～454、急性期一般454～455、急性期一般455～456、急性期一般456～457、急性期一般457～458、急性期一般458～459、急性期一般459～460、急性期一般460～461、急性期一般461～462、急性期一般462～463、急性期一般463～464、急性期一般464～465、急性期一般465～466、急性期一般466～467、急性期一般467～468、急性期一般468～469、急性期一般469～470、急性期一般470～471、急性期一般471～472、急性期一般472～473、急性期一般473～474、急性期一般474～475、急性期一般475～476、急性期一般476～477、急性期一般477～478、急性期一般478～479、急性期一般479～480、急性期一般480～481、急性期一般481～482、急性期一般482～483、急性期一般483～484、急性期一般484～485、急性期一般485～486、急性期一般486～487、急性期一般487～488、急性期一般488～489、急性期一般489～490、急性期一般490～491、急性期一般491～492、急性期一般492～493、急性期一般493～494、急性期一般494～495、急性期一般495～496、急性期一般496～497、急性期一般497～498、急性期一般498～499、急性期一般499～500、急性期一般500～501、急性期一般501～502、急性期一般502～503、急性期一般503～504、急性期一般504～505、急性期一般505～506、急性期一般506～507、急性期一般507～508、急性期一般508～509、急性期一般509～510、急性期一般510～511、急性期一般511～512、急性期一般512～513、急性期一般513～514、急性期一般514～515、急性期一般515～516、急性期一般516～517、急性期一般517～518、急性期一般518～519、急性期一般519～520、急性期一般520～521、急性期一般521～522、急性期一般522～523、急性期一般523～524、急性期一般524～525、急性期一般525～526、急性期一般526～527、急性期一般527～528、急性期一般528～529、急性期一般529～530、急性期一般530～531、急性期一般531～532、急性期一般532～533、急性期一般533～534、急性期一般534～535、急性期一般535～536、急性期一般536～537、急性期一般537～538、急性期一般538～539、急性期一般539～540、急性期一般540～541、急性期一般541～542、急性期一般542～543、急性期一般543～544、急性期一般544～545、急性期一般545～546、急性期一般546～547、急性期一般547～548、急性期一般548～549、急性期一般549～550、急性期一般550～551、急性期一般551～552、急性期一般552～553、急性期一般553～554、急性期一般554～555、急性期一般555～556、急性期一般556～557、急性期一般557～558、急性期一般558～559、急性期一般559～560、急性期一般560～561、急性期一般561～562、急性期一般562～563、急性期一般563～564、急性期一般564～565、急性期一般565～566、急性期一般566～567、急性期一般567～568、急性期一般568～569、急性期一般569～570、急性期一般570～571、急性期一般571～572、急性期一般572～573、急性期一般573～574、急性期一般574～575、急性期一般575～576、急性期一般576～577、急性期一般577～578、急性期一般578～579、急性期一般579～580、急性期一般580～581、急性期一般581～582、急性期一般582～583、急性期一般583～584、急性期一般584～585、急性期一般585～586、急性期一般586～587、急性期一般587～588、急性期一般588～589、急性期一般589～590、急性期一般590～591、急性期一般591～592、急性期一般592～593、急性期一般593～594、急性期一般594～595、急性期一般595～596、急性期一般596～597、急性期一般597～598、急性期一般598～599、急性期一般599～600、急性期一般600～601、急性期一般601～602、急性期一般602～603、急性期一般603～604、急性期一般604～605、急性期一般605～606、急性期一般606～607、急性期一般607～608、急性期一般608～609、急性期一般609～610、急性期一般610～611、急性期一般611～612、急性期一般612～613、急性期一般613～614、急性期一般614～615、急性期一般615～616、急性期一般616～617、急性期一般617～618、急性期一般618～619、急性期一般619～620、急性期一般620～621、急性期一般621～622、急性期一般622～623、急性期一般623～624、急性期一般624～625、急性期一般625～626、急性期一般626～627、急性期一般627～628、急性期一般628～629、急性期一般629～630、急性期一般630～631、急性期一般631～632、急性期一般632～633、急性期一般633～634、急性期一般634～635、急性期一般635～636、急性期一般636～637、急性期一般637～638、急性期一般638～639、急性期一般639～640、急性期一般640～641、急性期一般641～642、急性期一般642～643、急性期一般643～644、急性期一般644～645、急性期一般645～646、急性期一般646～647、急性期一般647～648、急性期一般648～649、急性期一般649～650、急性期一般650～651、急性期一般651～652、急性期一般652～653、急性期一般653～654、急性期一般654～655、急性期一般655～656、急性期一般656～657、急性期一般657～658、急性期一般658～659、急性期一般659～660、急性期一般660～661、急性期一般661～662、急性期一般662～663、急性期一般663～664、急性期一般664～665、急性期一般665～666、急性期一般666～667、急性期一般667～668、急性期一般668～669、急性期一般669～670、急性期一般670～671、急性期一般671～672、急性期一般672～673、急性期一般673～674、急性期一般674～675、急性期一般675～676、急性期一般676～677、急性期一般677～678、急性期一般678～679、急性期一般679～680、急性期一般680～681、急性期一般681～682、急性期一般682～683、急性期一般683～684、急性期一般684～685、急性期一般685～686、急性期一般686～687、急性期一般687～688、急性期一般688～689、急性期一般689～690、急性期一般690～691、急性期一般691～692、急性期一般692～693、急性期一般693～694、急性期一般694～695、急性期一般695～696、急性期一般696～697、急性期一般697～698、急性期一般698～699、急性期一般699～700、急性期一般700～701、急性期一般701～702、急性期一般702～703、急性期一般703～704、急性期一般704～705、急性期一般705～706、急性期一般706～707、急性期一般707～708、急性期一般708～709、急性期一般709～710、急性期一般710～711、急性期一般711～712、急性期一般712～713、急性期一般713～714、急性期一般714～715、急性期一般715～716、急性期一般716～717、急性期一般717～718、急性期一般718～719、急性期一般719～720、急性期一般720～721、急性期一般721～722、急性期一般722～723、急性期一般723～724、急性期一般724～725、急性期一般725～726、急性期一般726～727、急性期一般727～728、急性期一般728～729、急性期一般729～730、急性期一般730～731、急性期一般731～732、急性期一般732～733、急性期一般733～734、急性期一般734～735、急性期一般735～736、急性期一般736～737、急性期一般737～738、急性期一般738～739、急性期一般739～740、急性期一般740～741、急性期一般741～742、急性期一般742～743、急性期一般743～744、急性期一般744～745、急性期一般745～746、急性期一般746～747、急性期一般747～748、急性期一般748～749、急性期一般749～750、急性期一般750～751、急性期一般751～752、急性期一般752～753、急性期一般753～754、急性期一般754～755、急性期一般755～756、急性期一般756～757、急性期一般757～758、急性期一般758～759、急性期一般759～760、急性期一般760～761、急性期一般761～762、急性期一般762～763、急性期一般763～764、急性期一般764～765、急性期一般765～766、急性期一般766～767、急性期一般767～768、急性期一般768～769、急性期一般769～770、急性期一般770～771、急性期一般771～772、急性期一般772～773、急性期一般773～774、急性期一般774～775、急性期一般775～776、急性期一般776～777、急性期一般777～778、急性期一般778～779、急性期一般779～780、急性期一般780～781、急性期一般781～782、急性期一般782～783、急性期一般783～784、急性期一般784～785、急性期一般785～786、急性期一般786～787、急性期一般787～788、急性期一般788～789、急性期一般789～790、急性期一般790～791、急性期一般791～792、急性期一般792～793、急性期一般793～794、急性期一般794～795、急性期一般795～796、急性期一般796～797、急性期一般797～798、急性期一般798～799、急性期一般799～800、急性期一般800～801、急性期一般801～802、急性期一般802～803、急性期一般803～804、急性期一般804～805、急性期一般805～806、急性期一般806～807、急性期一般807～808、急性期一般808～809、急性期一般809～810、急性期一般810～811、急性期一般811～812、急性期一般812～813、急性期一般813～814、急性期一般814～815、急性期一般815～816、急性期一般816～817、急性期一般817～818、急性期一般818～819、急性期一般819～820、急性期一般820～821、急性期一般821～822、急性期一般822～823、急性期一般823～824、急性期一般824～825、急性期一般825～826、急性期一般826～827、急性期一般827～828、急性期一般828～829、急性期一般829～830、急性期一般830～831、急性期一般831～832、急性期一般832～833、急性期一般833～834、急性期一般834～835、急性期一般835～836、急性期一般836～837、急性期一般837～838、急性期一般838～839、急性期一般839～840、急性期一般840～841、急性期一般841～842、急性期一般842～843、急性期一般843～844、急性期一般844～845、急性期一般845～846、急性期一般846～847、急性期一般847～848、急性期一般84

2を届け出ることができる。地包医病棟入院料1は2より50点高い。これは、急性期病棟を持たずに地域包括医療病棟で救急患者の受け入れを行う場合の負担を考慮した点数設計である。さらに、同一病棟であっても、緊急入院で手術を行わない患者は入院料1、予定入院で手術を行う患者は入院料3、それ以外の患者は入院料2で算定する(図6)。施設基準については、高齢者の特徴などに注目し、大きく分けて2点の見直しがなされた。一点目は、重症度、医療看護必要度の基準の見直しである。患者の該当患者割合を算出するための基準として、改定後はA2点以上またはC1点以上のいずれかが必要となる。さらに、急性期入院医療と同様に、重症度、医療看護必要度の基準は、該当患者割合のみから、該当患者割合に救急患者応受係数を加えた指数へと見直された。施設基準の見直しの2点目として、平均在院日数とADLが低下する患者の割合について、85歳以上の高齢者が多い場合は緩和される。退棟患者に占める85歳以上の患者の割合が2割増えるごとに、平均在院日数の基準は1日ずつ延長される。また、85歳以上の患者の割合が二割を超える場合、ADLが低下した患者の割合は7%まで緩和された。

地包医病棟におけるリハビリテーション、栄養、口腔連携加算についても、入院基本料および加算の連携体制加算と同様に、従来の施設基準を満たす場合の加算点数が引き上げられ、施設基準を緩和した加算2が設けられた(図7)。加算2では、休日のリハビリテーションの提供単位数が平日の7割、退院時にADLが低下した患者の割合が5%未満であることと加算1に比べ要件が緩和されている。その他の施設基準は加算1とおおむね同様である。なお、地域包括ケア病棟(地ケア病棟)においても算定可能となった(図7)。

	急性期病棟*	入院		手術	
		緊急入院	予定入院	行わない	行う
地域包括医療病棟入院料1	有しない	緊急入院	入院料1	入院料1	入院料2
		予定入院	入院料2	入院料2	入院料3
地域包括医療病棟入院料2	有する	緊急入院	入院料1	入院料1	入院料2
		予定入院	入院料2	入院料2	入院料3

\*:急性期一般1-6、急性期A・B、地域一般1-3

地域包括医療病棟入院料1	地域包括医療病棟入院料2
イ 入院料1 3,367点	イ 入院料1 3,316点
ロ 入院料2 3,267点	ロ 入院料2 3,216点
ハ 入院料3 3,117点	ハ 入院料3 3,066点

図6 地域包括医療病棟入院料の見直し

1. プロセス・アウトカム評価基準を見直し

	現行		改正後	
	リハ・栄養・口腔連携加算	リハ・栄養・口腔連携加算1	リハ・栄養・口腔連携加算1	リハ・栄養・口腔連携加算2
加算点数	80点	110点	110点	50点
入棟後3日以内に疾患別リハビリ料を算定した患者割合	8割以上	8割以上	8割以上	8割以上
「土日祝日の疾患別リハビリ提供量」÷「平日の疾患別リハビリ提供量」	8割以上	8割以上	8割以上	7割以上
退院・転棟時におけるADLが低下患者割合	3%未満	3%未満	3%未満	5%未満
院内での褥瘡発生割合	2.5%未満	2.5%未満	2.5%未満	2.5%未満

2. 地域包括ケア病棟でも算定可能に  
(同時に入院栄養食事指導料及び栄養情報連携料の算定を可能に)

図7 リハビリテーション・栄養・口腔連携加算の見直し

<地域包括ケア病棟>

地域包括ケア病棟での改定内容は多くない、在宅患者支援病床初期加算において施設からの患者の後方支援を高く評価する観点での見直しがあった。従来は、老健施設や自宅からの入院患者について高い方の評価対象となるのは、救急搬送患者または他院から救急搬送連携搬送料の対象として搬送された患者に限られていたが、今回の改定では救急搬送以外の方法による緊急入院でも算定可能となった。さらに、質の高い退院支援と在宅療養支援との連携を促進するため、退院時共同指導料2や介護支援等連携指導料は包括算定から出来高算定へ変更された(図8)。

また前述のとおり、地域包括ケア病棟でも、リハビリテーション・栄養・口腔連携加算の算定が可能となった。ただし、もともと療法士配置が前提であるため、点数的には毎日30点にとどまる。

包括期充実体制加算は、高齢者救急、在宅医療および介護保険施設の後方支援をさらに充実させる観点から新設された加算であり、地包医病棟および地ケア病棟で算定可能である(図9)。1日80点で、

令和8年度診療報酬改定 II-2-1 在宅療養患者や介護保険施設等入所者の後方支援(緊急入院等)を行う医療機関の評価-③

地域包括ケア病棟における初期加算等の評価の見直し

初期加算や連携に係る評価の見直し

地域包括ケア病棟における在宅医療や協力対象施設の後方支援の機能をより高く評価する観点から、在宅患者支援病床初期加算について、①の対象を救急搬送された患者から緊急入院した患者に拡大するとともに、評価を見直す。

現行	改正後
<b>【在宅患者支援病床初期加算】</b> 【算定要件】 (1) 介護老人保健施設から入院した患者の場合 ① 救急搬送された患者又は救急患者連携搬送料を算定し他の保険医療機関から搬送された患者 580点 ② ①の患者以外の患者の場合 480点 (2) 介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者の場合 ① 救急搬送された患者又は救急患者連携搬送料を算定し他の保険医療機関から搬送された患者 490点 ② ①の患者以外の患者の場合 380点	<b>【在宅患者支援病床初期加算】</b> 【算定要件】 (1) 介護老人保健施設から入院した患者の場合 ① 緊急入院した患者の場合 590点 ② ①の患者以外の患者の場合 410点 (2) 介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者の場合 ① 緊急入院した患者の場合 490点 ② ①の患者以外の患者の場合 310点

➤ 後方支援における連携を個別に評価する観点から、「B005」退院時共同指導料2及び「B005-1-2」介護支援等連携指導料について、包括範囲から除外し、出来高算定とする。

50

図8 地域包括ケア病棟の初期加算

令和8年度診療報酬改定 II-2-1 在宅療養患者や介護保険施設等入所者の後方支援機能（緊急入院等）を担う医療機関の評価②

### 包括期入院医療における充実した後方支援の評価

包括期充実体制加算の新設

高齢者救急、在宅医療及び介護保険施設の後方支援を更に充実させる観点から、一定の体制及び実績を有する許可病床数200床未満の地域包括医療病棟又は地域包括ケア病棟で算定可能な**包括期充実体制加算**を新設する。

**【新】 包括期充実体制加算（1日につき） 80点**

【算定要件】  
 注1 在宅医療及び介護保険施設等の後方支援を担う体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たしているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者について、入院した日から起算して**14日を超過しない**所定点数に加算する。

【施設基準】  
 ○ 許可病床数が200床未満（別表第六の二に掲げる人口の少ない地域に所在する場合は280床未満）であること。  
 ○ 地域包括医療病棟入院料又は地域包括ケア入院料を算定する病棟を有する病院であること。  
 ○ 「A100」のうち急性期病棟→入院料算定及び急性期→入院料算定を算定する病棟を有しない病棟であること。  
 ○ 協力対象施設入所者入院加算（※）、入退院支援加算1に係る届出を行っている保険医療機関であること。  
 ○ 地域において高齢者の救急患者を受け入れ、在宅医療や介護保険施設等の後方支援を担うにつき十分な体制や実績を有していること。

地域において高齢者の救急患者を受け入れ、在宅医療や介護保険施設等の後方支援を担うにつき十分な体制や実績を有していること

施設後方支援の体制（※）  
 原則3以上の施設が協力医療機関になること  
 ※近隣＜半径10km以内＞に協力医療機関を定めない場合は除く

後方支援の実績  
 ① 及び②を満たす  
 ① 自宅からの緊急入力が**過去3か月で15回以上**  
 ② 在宅患者緊急入院診療加算1～3の算定回数が**過去1年で合わせて12回以上**又は協力対象施設入所者入院加算1～2の算定回数が**過去1年で合わせて4回以上**

救急医療の実績  
 救急搬送及び下り搬送からの入院が全入院患者の**8%以上**

入退院支援の実績  
 遠隔時共同指導料2と介護支援等連携指導料2の算定回数が**過去3か月で合わせて3回以上**

※ 在宅療養支援機関、在宅療養後方支援機関、地域包括ケア病棟を有する医療機関のいずれでもない場合は除く。

図9 包括期充実体制加算

入院日から14日間算定可能である。要件としては、3施設以上の協力医療機関となること、自宅などからの緊急入院が月15件以上であること、在宅患者緊急入院診療加算または協力対象施設入所者入院加算の算定回数が一定以上であること、救急搬送および下り搬送からの入院が全入院患者の8%以上であること、退院時共同指導料などの算定回数が月3回以上であることなどが挙げられる。ただし、200床以上の施設では算定できない。

＜回復期リハビリテーション病棟＞

回復期リハビリテーション病棟については、今回かなり多くの見直しがなされたが、大きく分けて4点の見直しが行われた。1点目は、より質の高い取り組みへの新たな評価である。2点目は、質の高い取り組みの要件化である。3点目は、アウトカム評価の充実である。4点目は、重症患者の基準等の実情に沿った見直しである。

具体的には、これまで入院料1・2のみの要件であった社会福祉士の専従、口腔管理、地域貢献活動等について、休日リハに関しては入院料3・4でも実施要件となった。その結果、休日リハビリテーション提供体制加算は入院料5でしか算定できなくなった。加えて、入院料1・2における休日のリハビリテーション提供単位数も、平均2単位以上から、土曜日・休日とも平均3単位以上へと引き上げられた。FIM研修会についても、入院料2・4で年1回が要件化された。さらに、リハビリテーション実績指数

は入院料2・4にも32以上が導入され、入院料1・3では増点が行われた。重症患者のうち退院時に改善した割合の要件は削除され、重症割合の基準は後述する対象範囲見直しに伴って緩和された。入院料5は、算定開始後2年を超えても算定可能となったが、点数は2割減となる（図10）。

加えて、回復期リハビリテーション強化体制加算が新設された（図11）。これは回りハ1を届け出ている病棟を対象とし、実績指数、排尿自立支援加算の届出、退院前訪問指導の実施割合などを要件とするものである。実績指数48という要件はやや厳しいが、患者1人1日80点であり、50床であれば年間1460万円規模の増収となるため、経営上の影響は大きい。実質的には「スーパー回りハ」と言える。

リハビリテーション実績指数の計算方法については、考え方は従来と同じであるが、FIM運動項目のうち「歩行・車椅子」「トイレ動作」の2項目について、入棟時5点以下かつ退棟時6点以上と

令和6年度診療報酬改定 II-4 患者の状態及び必要とされる医療機能に応じた入院医療の評価③

### 回復期リハビリテーション病棟入院料（主な施設基準）

	入院料1	入院料2	入院料3	入院料4	入院料5（※1）
医師	専任常勤1名以上				
看護職員	専任常勤1名以上				
職員の企画に関する施設基準	13対1以上（7割以上が看護的）	10対1以上	15対1以上（4割以上が看護的）	10対1以上	10対1以上
リハビリ専門職	専任常勤のPT3名以上、OT2名以上、ST1名以上	PT2名以上、OT1名以上	専任常勤のPT2名以上、OT1名以上	専任常勤1名以上が望ましい	-
社会福祉士	専任常勤1名以上 ⇒ 専任常勤1名以上	-	専任常勤1名以上の配置が望ましい	-	-
管理栄養士	専任常勤1名	-	専任常勤1名の配置が望ましい	-	-
休日のリハビリテーション	○	○	○	○	-
院内実業に資する設備	年1回以上開催	年1回以上開催	年1回以上開催	年1回以上開催	-
リハビリ計画への実業項目記載／GLIM基準による評価	○	○	○	○	-
口腔管理	実施していることが望ましい	-	実施していることが望ましい	-	-
第三者的評価	実施していることが望ましい	-	実施していることが望ましい	-	-
地域内移動	実施していることが望ましい	-	実施していることが望ましい	-	-
新規入居患者のうちの、重症の患者の割合	4割以上 ⇒ 3割以上	3割以上 ⇒ 2割以上	3割以上 ⇒ 2割以上	-	-
アウトカムに関する施設基準	42以上 ⇒ 32以上	32以上 ⇒ 22以上	22以上 ⇒ 12以上	12以上 ⇒ 2以上	-
リハビリテーション実績指数	40以上 ⇒ 32以上	32以上 ⇒ 22以上	22以上 ⇒ 12以上	12以上 ⇒ 2以上	-
入院料に重症であった患者の退院時のFIMスコア算定率	削減				
点数	2,229点 (2,115点)	2,166点 (2,151点)	2,274点 (2,263点)	2,317点 (2,302点)	2,082点 (2,041点)
( ) 内は生活療養を受ける場合	2,000点 (1,885点)	1,937点 (1,822点)	2,000点 (1,885点)	2,082点 (1,967点)	1,859点 (1,844点)
※1：入院料5については、届出から2年間（令和8年度）を超過して算定する場合100分の60に削減する点数を算定（134）					

※：令和8年9月30日まで経過措置

図10 回復期リハビリテーション病棟の改正点

令和8年度診療報酬改定 II-1-1 患者のニーズ、病院の機能・特性、地域医療構想を踏まえた医療提供体制の整備③

### 回復期リハビリテーション強化体制加算の新設

回復期リハビリテーション強化体制加算の新設

回復期リハビリテーション病棟入院料1を届け出ている病棟を対象に、実績指数、排尿自立支援加算の届出及び退院前訪問指導の実施割合等を要件とする回復期リハビリテーション強化体制加算を新設する。

**【新】 回復期リハビリテーション強化体制加算 80点**

【算定要件】  
 回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定する病棟について、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす場合は、回復期リハビリテーション強化体制加算として、**患者1人につき1日につき80点**を所定点数に加算する。

【施設基準】  
 (1) 回復期リハビリテーション病棟入院料1の届出を行っていること。  
 (2) 届出を行う月及び各年度4月、7月、10月及び1月に算出した**リハビリテーション実績指数が48以上**であること。  
 (3) A2.5.1に掲げる**排尿自立支援加算**に係る届出を行っている**保険医療機関**であること。また、H004摂食機能療法の注3に規定する**摂食下機能回復体制加算1**に係る届出を行っている**保険医療機関**であることが望ましいこと。  
 (4) 直近6か月間に**自宅へ退院した患者のうち、1割以上に退院前訪問指導を実施**していること。

図11 回復期リハビリテーション強化体制加算



は超重症の状態の小児患者が、疾患状態の医療区分2には悪性腫瘍以外の終末期の緩和ケアを要する状態および準超重症の状態の小児患者が追加された。処置区分3には、処置等医療区分2の(1)及び(2)のいずれにも該当するものが追加された。褥瘡を治療している患者が肺炎や尿路感染を併発した場合や、気管切開をしている患者が脱水となる場合などは比較的良好に見られる事例である。これらが処置区分3に上がることで、200点強から400点弱の増点が見込まれる。50床の療養病棟でもともと処置等医療区分2の(2)が算定できた患者の1割程度が日々処置等医療区分2の(1)の状態に陥り治療したと仮定し、平均300点の増点につながったとすると、5人×300点×365日＝547500点、すなわち550万近い増収が見込まれる。医療資源投入量の観点では、従来は褥瘡治療中の患者が肺炎を発症した場合、抗生物質の使用などにより医療資源投入量は増加するにもかかわらず、区分が上がらないため点数が増えない状況であった。今回の見直しにより、これに対応して医療区分が引き上げられ点数が増加することとなったものであり、医療療養病床において、より積極的に治療を行うことを促されている。

【重要な加算・見直し項目】

次に、その他の重要な加算・見直し項目について述べる。

認知症ケア加算はそれぞれ3点増点されたが、身体的拘束を実施した日の算定点数は所定点数の40%から20%へ引き下げられた。これは、認知症患者に対しても身体的拘束を極力減らす方向性が明確に示されたものである。さらに、認知症ケアチームと病院管理者等が協議のうえ、組織として身体的拘束最小化を推進することが要件に追加された。

入退院支援加算1は、従来は一般病棟・療養病棟のみ算定可能であったが、地域包括医療病棟、地域包括ケア病棟、回復期リハ病棟でも算定可能となり、1000点の加算が付くようになった。また、退院困難な理由として「要介護認定の区分変更の可能性があるが申請されていないこと」「家族や親族との連絡が困難であること」が追加された。

救急患者連携搬送料については、これまで搬送元

にしか算定できなかったものが、今回から搬送先にも算定可能となった(図15)。特に搬送先側の救急患者連携搬送料2では、搬送先の医師・看護師・救急救命士等が同乗して搬送した場合、入院3日目まで800点が算定できる。また、搬送時間が30分以上の場合には700点の長時間加算も付く。同乗者がいない場合でも、減額はされるが算定できるようになった点は実務上大きい。施設基準としては、特定機能病院、三次救急病院、急性期総合体制加算届出病院ではないこと、さらに転院体制について連携先医療機関とあらかじめ協議していることが必要である。基本的には救急患者がどのように転送された場合であっても、三日以内であれば搬送元は搬送料1、搬送先は搬送料2をそれぞれ算定できる。なお、搬送時に搬送元または搬送先のいずれの救急車を使用するかは問われない。

		( )内は現行				
	搬送時の同乗	加算対象	入院中以外	入院初日	入院2日目	入院3日目
救急患者連携搬送料1	搬送元のDr、Ns又は救急救命士	搬送元	2400点 (1800点)	1200点 (1200点)	800点 (800点)	600点 (600点)
	それ以外		1000点	500点	350点	200点
救急患者連携搬送料2	搬送先のDr、Ns又は救急救命士	搬送先		800点		
	それ以外			200点		

救急患者連携搬送料2 施設基準  
 1. 特定機能病院、救命救急センターを有している保険医療機関及び急性期総合体制加算の届出を行っている保険医療機関のいずれにも該当しない保険医療機関であること。  
 2. 救急患者の転院体制について、連携する他の保険医療機関等との間であらかじめ協議を行っていること。

搬送元(先)のDr、Ns又は救急救命士が同乗の上搬送した際、搬送に要した時間が30分を超えた場合には、長時間加算として、700点を所定点数に加算する

図15 救急搬送患者連携加算

身体的拘束最小化については、今回、入院料通則や施設基準の中で一段と厳格化された。「組織風土の醸成に努めること」という文言が新たに加えられ、研修内容にも身体的拘束の代替手段や患者の尊厳保持を含むことが望ましいとされた。さらに、従来は体制基準のみであったものが、今回から実績基準も導入された。体制基準を満たさない場合は40点減算、体制基準を満たしていても実績基準を満たさない場合は20点減算となる。これは病院全体に及ぶため、病床数の多い病院では非常に大きな減収要因となる(図16)。

身体的拘束実施割合は、身体的拘束を実施した日数を入院料算定日数で除して計算する。ただし、セ

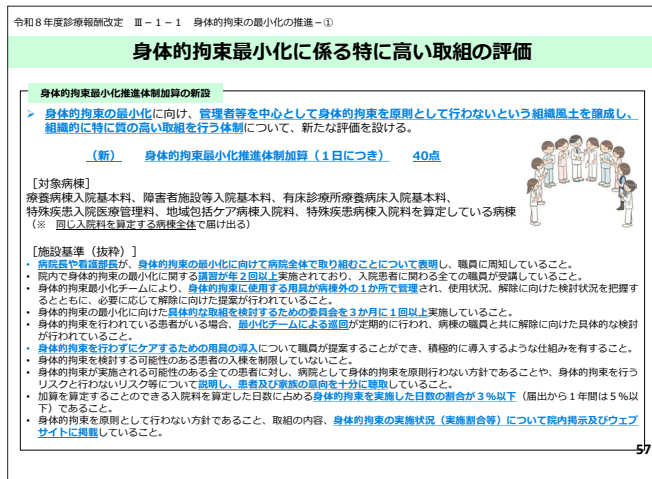


図 16 身体的拘束最小化推進体制加算

ンサークリップ等のみの使用、処置時や移動時に患者同意のもと短時間固定ベルトを使用する場合、あるいは訓練中のみ車椅子固定ベルトを使用する場合などは身体的拘束実施日に含めなくてよい。

一方で、身体的拘束最小化推進体制加算も新設された。これは療養病棟、障害者病棟、地域包括ケア病棟など、身体的拘束が起りやすい病棟で、実際に拘束をほとんど行っていない場合に算定できる加算であり、1日40点を継続的に算定できる。施設基準として、病院長や看護部長が取り組みを表明していること、必要な職員支援を行っていること、身体拘束実施割合が3%以下であること、届出後1年間は5%以下でも可とすること、そして実施状況を公表していることなどが求められる(図16)。100床規模でも年間1460万円程度の増収となり得るため、実務上の重要性は高い。

栄養・嚥下関連では、摂食嚥下機能回復体制加算3について、これまで療養病棟ではTPNから経口摂取回復した場合しか評価されなかったが、今回から経腸栄養から経口摂取へ回復した患者についても算定可能となった。また、経腸栄養管理加算では、「入棟前1か月に経腸栄養が実施されていた患者は算定不可」とする文言が削除され、対象が拡大された。TPN管理患者や、入院後2週間以上TPNが実施されていた患者も対象となり得る。さらに、経口摂取が不可能となった場合に、適切なプロセスを経て中心静脈栄養ではなく経腸栄養を選択した場合も加算対象となる。

特別食加算の対象としては、嚥下調整食が新たに追加された。ただし、対象となるのは単なる刻み食やミキサー食ではなく、安全性と食欲を促す食感を両立し、常食と同等の盛り付けや味・香り・温度・栄養量に配慮された食形態である。

【今後の包括期、慢性期医療方向性】

総じて言えば、今回の改定では膨大な見直しが盛り込まれており、その多くは増収に寄与する内容である。改定内容を正確に把握し、その目的を理解することは、厚労省が新たな地域医療構想の実現に向けて何を評価し、何を避けようとしているのかを見極める手がかりとなる。

例えば、急性期病院一般入院基本料の新設は、一定数の救急搬送や全身麻酔手術の実績がなければ、今後急性期病院としての存立が難しくなることを示唆している。また、地域包括医療病棟の3分類化は、重症以外の高齢者救急や緊急入院を同病棟で担うべきであり、包括期と急性期の混在は望ましくないという方向性を示している。

さらに、従来は算定が難しかった加算に緩和要件が設けられたことは、政策的に推進したい医療機能を明確に示すものであり、各医療機関はこれらを積極的に取り入れる必要がある。診療報酬本体が約30年ぶりに大幅に引き上げられたことは事実であり、包括期・慢性期の医療機関において大きな減収は想定しにくいものの、それだけで安泰とは言えない。

各医療機関には、算定可能な加算を確実に取得するだけでなく、改定の背景にある意図を踏まえ、自院の稼働率や機能分化のあり方を主体的に見直す姿勢が求められる。急性期で十分なりハビリテーションが提供されれば、回復期リハビリテーション病棟や療養病棟への転院需要は減少する。本改定は単なる点数の増減ではなく、「どの機能を担う医療機関として生き残るか」を問う内容である。包括期・慢性期医療機関には、地域ニーズに即した機能選択と実績の積み上げが求められており、患者に選ばれる医療提供体制の構築が今後の存続を左右することになる。



## 身体的拘束最小化推進体制加算と慢性期医療の役割 — 富家病院の実践から見えるこれからの医療のかたち —

医療法人社団富家会 富家病院

理事長 富家隆樹



写真1 富家病院 外観

### 1. はじめに—令和8年度診療報酬改定と現場の実感

令和8年度の診療報酬改定において、「身体的拘束最小化推進体制加算」が新設された。この改定内容を見たとき、率直に感じたのは「富家病院の取り組みが制度として追認されたのではないか」ということである。それほどまでに、今回の改定は、私たちが長年実践してきた身体拘束抑制ゼロの方向性と一致している。

富家病院では、1999年に身体拘束廃止への取り組みを開始し、2009年12月に身体拘束抑制ゼロを達成した。その後現在に至るまで、ゼロが1になることなく継続している。さらに、前医で身体拘束を受けていた患者であっても、当院では拘束を行わずに対応できており、いわゆる「抑制回避率100%」を維持している。

身体拘束は安全確保の名のもとに行われてきた側面があるが、その一方で患者の尊厳や生活の質を著しく損なう可能性を持つ行為である。特に認知症患者においては、「危険だから仕方ない」という理由で安易に選択されてきた歴史がある。しかし、本来医療とは富家病院の理念でもある「されたい医療」であるべきであり、自分や家族が受けたいと思えるものでなければならない。この視点に立ったとき、

身体拘束抑制ゼロは理想ではなく、必然的に目指すべき医療・看護・介護の姿である。

### 2. 診療報酬改定の流れと加算創設の意義

今回の令和8年度診療報酬改定で新設された身体的拘束最小化推進体制加算（図1）は、減算ではなく加算として評価された点に大きな意味がある。40点の加算ということは100床規模の病院であれば年間約1,460万円の増収となり、身体拘束最小化の取り組みが経営面でも評価されることになった。

一方で、令和6年度の診療報酬改定では基準未達成の場合に1日40点の減算が課されており（図2）、同様に考えると年間約1,460万円の減収となる。このインパクトは非常に大きく、多くの医療機関にとって「やらなければならない課題」として認識された。

しかし、減算による強制だけでは現場の行動は変わらない。むしろ萎縮や形式的対応を生む可能性もある。今回の改定で加算が設けられたことは、「やらされる取り組み」から「評価される取り組み」への転換であり、医療の質向上に向けた前向きなメッセージと捉えるべきである。

加えて、この加算は単なる収益機会ではなく、病院の価値観や組織の在り方そのものを問う制度でもある。身体拘束最小化は一部の取り組みではなく、医療の本質に関わるテーマであることが明確に示されたといえる。

### 3. 現場の実践が制度を動かした

日本慢性期医療協会では、令和6年度改定を受け「身体的拘束最小化大作戦」という研修会を開催し、理念だけでなく具体的な実践方法の共有を行っ

令和8年度診療報酬改定 Ⅲ-1-1 身体的拘束の最小化の推進-①

## 身体的拘束最小化に係る特に高い取組の評価

**身体的拘束最小化推進体制加算の新設**


▶ **身体的拘束の最小化**に向け、**管理者等を中心として身体的拘束を原則として行わないという組織風土を醸成し、組織的に特に質の高い取組を行う体制**について、新たな評価を設ける。

(新) **身体的拘束最小化推進体制加算 (1日につき) 40点**

【対象病棟】  
療養病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料、  
特殊疾患入院医療管理料、地域包括ケア病棟入院料、特殊疾患病棟入院料を算定している病棟  
(※ 同じ入院料を算定する病棟全体で届け出る)

【施設基準 (抜粋)】

- ・ 病院長や看護部長が、**身体的拘束の最小化に向けて病院全体で取り組むことについて表明し**、職員に周知していること。
- ・ 院内で身体的拘束の最小化に関する講習が年2回以上実施されており、入院患者に関わる全ての職員が受講していること。
- ・ 身体的拘束最小化チームにより、**身体的拘束に使用する用具が病棟外の1か所で管理**され、使用状況、解除に向けた検討状況を把握するとともに、必要に応じて解除に向けた提案が行われていること。
- ・ 身体的拘束の最小化に向けた**具体的な取組を検討するための委員会を3か月に1回以上実施**していること。
- ・ 身体的拘束を行われている患者がいる場合、**最小化チームによる巡回**が定期的に行われ、病棟の職員と共に解除に向けた具体的な検討が行われていること。
- ・ **身体的拘束を行わずにケアするための用具の導入**について職員が提案することができ、積極的に導入するような仕組みを有すること。
- ・ 身体的拘束を検討する可能性のある患者の入棟を制限していないこと。
- ・ 身体的拘束が実施される可能性のある全ての患者に対し、病院として身体的拘束を原則行わない方針であることや、身体的拘束を行うリスクと行わないリスク等について**説明し、患者及び家族の意向を十分に聴取**していること。
- ・ 加算を算定することのできる入院料を算定した日数に占める**身体的拘束を実施した日数の割合が3%以下** (届出から1年間は5%以下) であること。
- ・ 身体的拘束を原則として行わない方針であること、取組の内容、**身体的拘束の実施状況 (実施割合等) について院内掲示及びウェブサイトに掲載**していること。



57

図1

令和6年度診療報酬改定 I-1 医療従事者の人材確保や向上に向けた取組-②

## 身体的拘束を最小化する取組の強化 (入院料通則の改定③)

**身体的拘束を最小化する取組の強化**

▶ 医療機関における身体的拘束を最小化する取組を強化するため、入院料の施設基準に、患者又は他の患者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束を行ってはならないことを規定するとともに、医療機関において**組織的に身体的拘束を最小化する体制を整備**することを規定する。


- ・ 精神科病院 (精神科病院以外の病院で精神病室が設けられているものを含む) における身体的拘束の取扱いについては、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の規定によるものとする。
- ・ 身体的拘束最小化に関する基準を満たすことができない保険医療機関については、入院基本料 (特別入院基本料等を除く)、特定入院料又は短期滞在手術等基本料 (短期滞在手術等基本料1を除く。) の所定点数から1日につき40点を減算する。

【身体的拘束最小化の基準】

【施設基準】

- (1) 当該保険医療機関において、**患者又は他の患者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束を行ってはならないこと。**
- (2) (1) の**身体的拘束を行う場合には**、その態様及び時間、その際の患者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を**記録しなければならないこと。**
- (3) 身体的拘束は、抑制帯等、患者の身体又は衣服に触れる何らかの用具を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限をいうこと。
- (4) 当該保険医療機関において、身体的拘束最小化対策に係る専任の医師及び専任の看護職員から構成される**身体的拘束最小化チームが設置**されていること。なお、必要に応じて、薬剤師等、入院医療に携わる多職種が参加していることが望ましい。
- (5) 身体的拘束最小化チームでは、以下の業務を実施すること。
  - ア 身体的拘束の**実施状況を把握し、管理者を含む職員に定期的に周知徹底**すること。
  - イ 身体的拘束を最小化するための**指針を作成し**、職員に周知し活用すること。なお、アを踏まえ、**定期的に当該指針の見直しを行うこと**。また、当該指針には、鎮静を目的とした薬物の適正使用や(3)に規定する身体的拘束以外の患者の行動を制限する行為の最小化に係る内容を盛り込むことが望ましい。
- (6) (1) から(5)までの規定に関わらず、**精神科病院** (精神科病院以外の病院で精神病室が設けられているものを含む) **における身体的拘束の取扱いについては、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の規定による。**

【経過措置】 令和6年3月31日において現入院基本料又は特定入院料に係る届出を行っている病棟については、令和7年5月31日までの間に限り、身体的拘束最小化の基準に該当するものとみなす。



29

図2

た(図3)。この研修会には厚生労働省の保険局医療課の方が2名聴講され、その後、富家病院へ視察に訪れ、実際の身体拘束抑制ゼロの取り組みをご覧になられた。

視察では、単に「拘束をしていない」という結果だけでなく、「なぜできるのか」「どのように維持し

ているのか」といったプロセスが注目された。つまり、個別の成功事例ではなく、再現可能なモデルとして評価されたのである。そして令和7年の中医協総会では、身体拘束ゼロを達成した好事例として、資料の中で富家病院が取り上げられた(図4)。これは慢性期医療の現場の実践が政策に反映された象

**日本慢性期医療協会**  
**身体的拘束最小化大作戦**  
 ～根性論だけでは進まない具体的なテクニックを学ぼう～

令和6年度診療報酬改定に伴い、いよいよ身体的拘束の厳格化が始まりました。身体的拘束の原因の第一位は認知症があることですが、2024年1月には認知症基本法が施行されました。当たり前のことですが、認知症がある方も医療を受ける権利があります。認知症があるというだけで、当たり前に受ける医療を縛られなければ受けることができないのでしょうか？  
 自分なら、自分の大切な人ならばそれを易々と受け入れることができるのでしょうか？  
 少しでも身体的拘束を最小化できるツールがあるならば導入したいと思いませんか？  
 日本慢性期医療協会には、25年におわたって治療が必要な患者さんでも身体的拘束を行わずに医療を提供してきたノウハウがあります。今こそ慢性期医療から急性期医療にバトンを渡せる時代が来ました。  
 具体的なテクニックを学べる本研修会への皆様のご参加を心よりお待ちしております。

---

**開催概要**  
**【日 程】** 令和6年10月22日(火) 13:00～17:00  
**【会 場】** 東京研修センター(会場集合型)  
 東京都新宿区富久町11-5 シャトレ市ヶ谷2階 日本慢性期医療協会併設  
**【定 員】** 100名(先着順) ※定員に達し次第受付を締め切りますのでご注意ください  
 ※現場で拘束ゼロに取り組まれる看護・介護など、患者のケアを担当されている皆様のご参加をお待ちしております  
**【参加費】** 日本慢性期医療協会 会員：7,000円(十消費税 700円) /名  
 会員外：10,000円(十消費税 1,000円) /名

プログラム(予定)	
13:00～13:05	開催にあたって
13:05～13:50	講演1：当会における身体拘束ゼロの理念 講師 橋本康子(日本慢性期医療協会会長・橋本病院 理事長)
13:55～14:45	講演2：根性論だけでは進まない身体拘束ゼロの技術 講師 田中志子(日本慢性期医療協会常任理事・内田病院 理事長)
14:50～15:35	講演3：富家病院における身体拘束抑制ゼロ 講師 富家隆樹(日本慢性期医療協会事務局長・富家病院 理事長)
15:45～17:00	演習：具体的な技術集
17:00	閉講

図3

ものである。今回の改定で、そのことを示すことができたという思いでいる。

#### 4. 身体拘束最小化の本質—組織文化の醸成

本加算で求められているのは、「身体拘束の最小化に向けて管理者等を中心として、身体拘束を原則として行わないという組織風土を醸成して、組織的に特に質の高い取り組みを行う体制について新たな評価を設ける」というものである(図5)。この加算の取得には、いくつかの施設基準が設けられていて、それらをすべてクリアすることで加算の算定を行うことができるのだが、これは技術や知識だけでは達成できない。まず、そもそもこの「組織風土を醸成し」ということについては、富家病院が常々身体拘束抑制ゼロにするためには、病院の文化として、身体拘束を行わないという文化を作っていく必要があると言いつけてきたものである。

徹的な出来事であり、「現場が制度を動かす」という好循環の一例といえる。

このように、制度は上から与えられるものだけではなく、現場の積み重ねによって形づくられていく

#### ・管理者の強い意志と表明

まず1つ目の施設基準が「病院長や看護部長が身体的拘束の最小化に向けて、病院全体へ取り組むことについて表明し、職員に周知していること」とあ

### 事例② 慢性期の医療処置を見直すことで身体的拘束ゼロを達成

富家会富家病院 施設概要：281床 (療養病棟 113床 回復期病棟 29床 障害者病棟 89床 地域包括ケア病棟 50床)

○ 身体的拘束を廃止するという理念を施設内で共有し、医療処置について身体的拘束の必要性が少ないうへ徹的に見直すことで身体的拘束ゼロを達成している。

#### 富家病院抑制廃止宣言

私たちは、このたび「抑制廃止宣言」をいたします。

- ・人としての誇りを尊重し、思いやりのあるケアを行います。
- ・抑制とは何かを考え、行動いたします
- ・抑制をなくすことを決意し、実行いたします
- ・抑制を限りなくゼロに近づけるように努めます
- ・継続するため、いつでも院内を公開します
- ・抑制廃止を地域にひろげます

抑制患者数

当院の抑制患者数 **0% (0名)**  
 — 2023年4月30日現在

抑制回避率 **▶▶▶ 100%**

#### 医療処置の見直し

##### 慢性期医療の医療処置

- ・末梢点滴
- ・CVカテーテル
- ・透析シャントカテーテル
- ・PEG
- ・尿道カテーテル
- ・気管切開カニューレ
- ・人工呼吸器
- ・酸素マスク

##### 抑制患者数の削減

- ・術式：胃壁固定
- ・腹帯
- ・半圓形経管栄養剤
- ・定時導尿
- ・リリウム
- ・膀胱瘻
- ・バルーン不使用

##### 末梢点滴

- ・本当に必要か？
- ・短時間投与
- ・単回投与(Ex.セフトリアキソン)

##### 尿道カテーテル

##### CVカテーテル

- ・PICC
- ・ポート造設
- ・短時間投与

図4

2026 June

JMC165号 ■ 31

令和8年度診療報酬改定 Ⅲ-1-1 身体的拘束の最小化の推進-①

### 身体的拘束最小化に係る特に高い取組の評価

**身体的拘束最小化推進体制加算の新設**

➤ **身体的拘束の最小化**に向け、**管理者等を中心として身体的拘束を原則として行わないという組織風土を醸成し、組織的に特に質の高い取組を行う体制**について、新たな評価を設ける。

(新) **身体的拘束最小化推進体制加算(1日につき) 40点**

[対象病棟]

➤ **身体的拘束の最小化**に向け、**管理者等を中心として身体的拘束を原則として行わないという組織風土を醸成し、組織的に特に質の高い取組を行う体制**について、新たな評価を設ける。

- 身体的拘束最小化チームにより、**身体的拘束に使用する用具が病棟外の1か所で管理**され、使用状況、解除に向けた検討状況を把握するとともに、必要に応じて解除に向けた提案が行われていること。
- 身体的拘束の最小化に向けた**具体的な取組を検討するための委員会を3か月に1回以上**実施していること。
- 身体的拘束を行われている患者がいる場合、**最小化チームによる巡回**が定期的に行われ、病棟の職員と共に解除に向けた具体的な検討が行われていること。
- **身体的拘束を行わずにケアするための用具の導入**について職員が提案することができ、積極的に導入するような仕組みを有すること。
- 身体的拘束を検討する可能性のある患者の入棟を制限していないこと。
- 身体的拘束が実施される可能性のある全ての患者に対し、病院として身体的拘束を原則行わない方針であることや、身体的拘束を行うリスクと行わないリスク等について**説明し、患者及び家族の意向を十分に聴取**していること。
- 加算を算定することのできる入院料を算定した日数に占める**身体的拘束を実施した日数の割合が3%以下**(届出から1年間は5%以下)であること。
- 身体的拘束を原則として行わない方針であること、取組の内容、**身体的拘束の実施状況(実施割合等)について院内掲示及びウェブサイトに掲載**していること。

57

図5

る。富家病院では、取り組み初期から院長および看護部長が繰り返し「責任はすべて自分たちが負う」と職員に伝えてきた。身体拘束をしないことで事故が起きる可能性は否定できない。しかし、その責任を現場に押し付ける限り、現場は防御的な行動を取らざるを得ない。この「責任を引き受ける」という姿勢こそが、組織文化を変える起点である。

そして、この施設基準を各部署が、それぞれで最小化に向けた取り組みを行うのではなくて、病院長、看護部長からの強い思いとして、病院全体で取り組んでいくということ

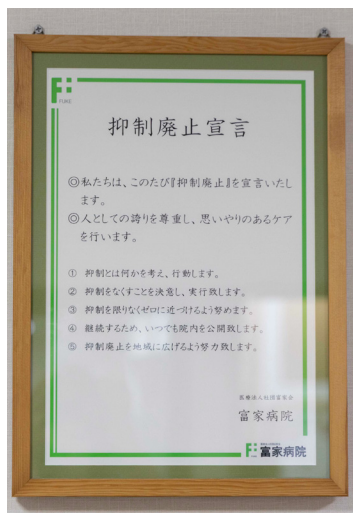


写真2 抑制廃止宣言

を、例えば朝礼などで、院長や看護部長がスタッフ全員に最小化に向けて取り組もうというような話をしていかなければいけないということである。そして、富家病院では、各病棟に20年以上前から抑制廃止宣言を掲げている(写真2)。

・全職員を対象とした教育

次の施設基準では、「院内で身体的拘束の最小化に関する講習が年2回以上実施されており入院患者に関わるすべての職員が受講していること」としている。教育も重要な要素である。当院ではテスト付きeラーニングを導入し、身体的拘束最小化に関する内容を含めた教育を全職員に実施している(図6)。知識の共有だけでなく、「なぜ拘束をしないのか」という価値観の共有が重要である。



図6

・委員会の開催と実効性のある巡回

次の基準は、「身体的拘束の最小化に向けた具体的な取り組みを検討するための委員会を3ヶ月に

1回以上実施していること」である。富家病院では当初身体拘束抑制廃止委員会というのを立ち上げて、抑制廃止に向けた取り組みを行ってきたが、15年前に抑制がゼロになって以降、この委員会は倫理委員会として、月に1回ハラスメントの対処方法や前医からの抑制、身体抑制者の状況を把握、ベッド柵解除者の報告や異常センサー、グリーンマットセンサーベッドの使用状況の把握などが議論されている。

そして「身体的拘束を行われている患者がいる場合、最小化チームによる巡回が定期的に行われて、病棟の職員とともに解除に向けた具体的な検討が行われていること」とある。富家病院で以前身体拘束が行われている患者がいたときは、そしてゼロになってもしばらくは病院長である私や看護部長が病棟をそれこそ毎日のように回っていた。

こうした継続的な取り組みが、文化としての定着を支えている。

## 5. 実践を支える仕組みと現場力

身体的拘束ゼロを実現するためには、具体的な仕組みが不可欠である。

### ・用具導入の仕組み作り

「身体拘束を行わずにケアするための道具の導入について職員が提案することができて、積極的に導入するような仕組みを有すること」とある。身体拘束ゼロの医療や看護をするときに、有用な用具や医療機器がある。それを現場の職員が見つけてきても、上長の理解が低く、高価であるなどの理由により購入や導入を渋ることがないシステム作りが必要だという施設基準である。富家病院の場合には、病院長が逆に積極的に機器の導入をして、スタッフにその利用を強いるということが多かった。新しい機器の導入はコストを伴うが、身体拘束による弊害を考えれば必要な投資である。

### ・患者を選ばない

次に「身体拘束を検討する可能性のある患者の入棟制限していないこと」である。身体的拘束ゼロに向けた富家病院の取り組みの話を外部研修でさせて

いただいた時や、富家病院に見学に来ていただいた病院に時々聞かれるのは、身体拘束抑制をゼロにするためにどういう患者を選んでますかということだ。もちろん抑制をしなくて済む患者を選んでいないことはない。例えば、富家病院の地域包括ケア病棟のポストアキュートの患者で、前の病院で抑制をされていた方は入院患者の4割を占める(図7)。

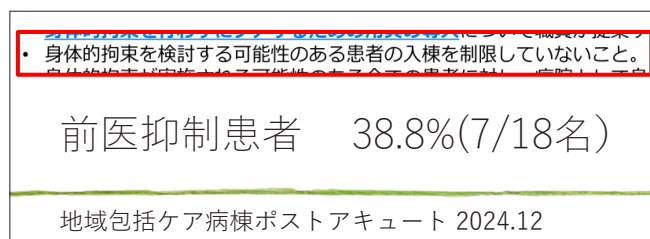


図7

### ・患者・家族への説明と方針の提示

「身体拘束が実施される可能性があるすべての患者に対し、病院として身体拘束を原則として行わない方針であることや、身体的拘束を行うリスクと行わないリスクについて説明して、患者及び患者家族の意向を十分に聴取していること」これについては、今までは身体的拘束をすることがあるための承諾書を多くの病院では取っていると思うが、この施設基準では、身体拘束を行わないという患者説明をする必要があると記されている。

そして「身体拘束を原則として行わない方針であること、取り組みの内容、身体拘束の実施状況について院内掲示及びウェブサイトに掲載していること」について富家病院のホームページでもはっきりと掲載させていただいている(図8)。



図8

・身体拘束率「3パーセント以下」というハードル最後に、「身体拘束を実施した日数の割合が3パーセント以下」とある。身体拘束実施割合3%以下という基準は極めて厳しく、実質的にはゼロを目指す必要がある。このことから、本加算は「身体拘束ゼロを前提とした制度」であると理解すべきである。

## 6. 令和8年度改定におけるその他の重要事項

### ・面会制限の緩和

今回の改定では、新型コロナウイルス感染症の5類移行後も続く面会制限に対し、正当な理由なく制限を設けないよう規定の策定を求める通則が記載された(図9)。富家病院ではすでに24時間365日の面会を復活させており、患者の生活の質(QOL)向上と家族との絆の維持を重視している(図10)。

### ・療養病棟入院基本料の見直しと評価の適正化

療養病棟における評価も、実態に合わせた見直しが行われた(図11・12)。

### <医療区分の見直し>

感染症治療と創傷処置など、複数の医療区分2の処置を同時に行う場合の医療資源投入量が評価さ

れ、区分3として算定可能となった。富家病院では122名の気管切開の患者や50名の入院透析患者を受け入れている。このような病院にとって、肺炎等の感染症治療が適切に評価されるようになったことは意義深い。

### <非がん患者の緩和ケア>

心不全、呼吸不全、腎不全等の非がん患者に対する医療用麻薬を用いた疼痛コントロールが医療区分2に追加された。当院は県内で最も医療用麻薬使用実績があり、こうしたケアの重要性が認められた形である。

### <医療的ケア児への対応>

超重症児・準超重症児の評価が新設され、当院が進めている医療短期入所などの取り組みも後押しされる内容となっている。



図10

令和8年度診療報酬改定 入院料全体に関連する事項

### 入院基本料等の通則の見直し

**入院診療計画、身体的拘束最小化についての基準の変更**

- 入院診療計画の基準について、**入院期間が2日以内**であると見込まれる場合等であって、診療や退院後の治療や生活に支障がないと認められる患者に対して入院診療に関する必要な説明を行った場合は、**患者への文書を用いた説明及び交付は行わなくても差し支えない**こととする。さらに、**医師や患者等の署名は不要とし、説明日及び説明者を診療録に記載**することとする。
- 身体的拘束最小化の基準**は、令和6年度改定で新設された部分を「体制に係る基準」と位置づけただうえて、**実績や取組に係る基準を新設**し、体制のみを満たし実績等を満たさない場合は、入院基本料等を20点減算することとする。

身体的拘束最小化の体制に係る基準 (R6改定~)	身体的拘束最小化の実績等に係る基準 (R8改定で新設)	
○ (満たしている)	×	20点減算
×	×	40点減算

**入院中の患者に対する家族等による面会を妨げないよう**

**入院中の患者への家族等による面会に係る基準の新設**

- 正当な理由なく**入院中の患者に対する家族等による面会を妨げない**よう、入院基本料等の通則及び入院支援加算に新たに規定を設ける。

**【施設基準】**  
**第五 病院の入院基本料の施設基準等 - 通則**  
 (10) **入院中の患者への家族等による面会については、感染対策等の正当な理由なく面会を妨げないよう、面会に係る規定を策定する等の配慮をすることが望ましい。**  
 ※特定入院料の施設基準等においても同様。

59

図9

### 療養病棟入院基本料の見直し

**医療区分の見直し**

- 処置等の医療区分2に複数該当する場合の医療資源投入量を踏まえ、**感染症にかかる処置が、他の一部の処置と併せて行われている場合には、処置等に係る医療区分3**の患者として入院料を算定することとする。
- **非がん疾患に対する緩和ケアを評価**する観点から、悪性腫瘍以外にも、心不全、呼吸不全、腎不全で医療用麻薬等の薬剤投与による苦痛のコントロールが必要な状態について、疾患・状態に係る医療区分2に追加する。
- **医療的ケア児の受入について評価**する観点から、超重症児・準超重症児に該当する小児について、超重症児は疾患・状態に係る医療区分3に、準超重症児は医療区分2に追加する。

**求める医療区分2・3割合の見直し**

- 療養病棟入院基本料2において求める**医療区分2・3の患者の割合**を、5割から**6割に引き上げる**。

現行	改定後
<p><b>【療養病棟入院料2】</b> 〔施設基準〕</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・当該病棟の入院患者のうち医療区分3の患者と医療区分2の患者との合計が<b>五割</b>以上であること。</li> </ul>	<p><b>【療養病棟入院料2】</b> 〔施設基準〕</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・当該病棟の入院患者のうち医療区分3の患者と医療区分2の患者との合計が<b>六割</b>以上であること。</li> </ul>

〔経過措置〕令和8年3月31日において既に療養病棟入院料2を届け出ている保険医療機関については、令和8年9月30日までの間に限り、基本診療料の施設基準等第5の3の(1)の八に該当するものとみなす。

**24**

図 11

令和8年度診療報酬改定 II-1-1 患者のニーズ、病院の機能・特性、地域医療構想を踏まえた医療提供体制の整備①①

### 療養病棟入院基本料に係る医療区分について

	疾患・状態	処置等
医療区分3	<ul style="list-style-type: none"> <li>・スモン</li> <li>・医師及び看護職員により、常時、監視及び管理を実施している状態</li> <li>・<b>区分番号A212に掲げる超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算の注1に規定する超重症の状態(15歳未満の小児患者に限る。)</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・中心静脈栄養(療養病棟入院基本料を算定する場合には、広汎性腹膜炎、腸閉塞、難治性嘔吐、難治性下痢、活動性の消化管出血、炎症性腸疾患、短腸症候群、消化管瘻若しくは急性脾炎を有する患者を対象とする場合又は中心静脈栄養を開始した日から30日以内の場合に実施するものに限る)</li> <li>・二十四時間持続点滴</li> <li>・人工呼吸器の使用</li> <li>・ドレーン法又は胸腔若しくは腹腔の洗浄</li> <li>・気管切開又は気管内挿管(発熱を伴う状態の患者に対するものに限る)</li> <li>・酸素療法(密度の高い治療を要する状態の患者に対するものに限る)</li> <li>・感染症の治療の必要性から実施する隔離室での管理</li> <li>・<b>医療区分2の処置等のうち、(1)及び(2)のいずれにも該当するもの</b></li> </ul>
医療区分2	<ul style="list-style-type: none"> <li>・筋ジストロフィー症</li> <li>・多発性硬化症</li> <li>・筋萎縮性側索硬化症</li> <li>・パーキンソン病関連疾患(進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病(ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度の状態に限る。))</li> <li>・その他の指定難病等(スモンを除く。)</li> <li>・脊髄損傷(頸椎損傷の原因とする麻痺が四肢全てに認められる場合に限る。)</li> <li>・慢性閉塞性肺疾患(ヒュー・ジョーンズの分類がⅤ度の状態に該当する場合に限る。)</li> <li>・悪性腫瘍(医療用麻薬等の薬剤投与による疼痛コントロールが必要な場合に限る。)</li> <li>・<b>末期呼吸器疾患(適切な治療が実施されているにもかかわらず、ヒュー・ジョーンズの分類がⅤ度の状態に該当し、医療用麻薬等の投与によるコントロールが必要な状態に限る。)</b></li> <li>・<b>末期心不全(器質的な機能障害により、適切な治療が実施されているにもかかわらず、慢性的にNYHA重症度分類Ⅳ度の症状に該当し、頻回若しくは持続的に医療用麻薬等の投与又はその他の点滴薬物療法による苦痛及び症状のコントロールが必要な状態に限る。)</b></li> <li>・<b>末期腎不全(器質的な腎障害により、適切な治療が実施されているにもかかわらず、慢性的に日本腎臓学会慢性腎臓病重症度分類Stage G5以上に該当し、腎代替療法を必要とする状態であるが、透析療法の開始又は継続が困難である場合であって、医療用麻薬等の投与による苦痛のコントロールが必要な状態に限る。)</b></li> <li>・消化管等の体内からの出血が反復継続している状態</li> <li>・他者に対する暴行が毎日認められる状態</li> <li>・<b>区分番号A212に掲げる超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算の注2に規定する超重症の状態(15歳未満の小児患者に限る。)</b></li> </ul>	<p><b>(1)感染症の治療に係る処置</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・肺炎に対する治療</li> <li>・尿路感染症に対する治療</li> <li>・脱水に対する治療(発熱を伴う状態の患者に対するものに限る)</li> <li>・頻回の嘔吐に対する治療(発熱を伴う状態の患者に対するものに限る)</li> <li>・経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養(発熱又は嘔吐を伴う状態の患者に対するものに限る)</li> </ul> <p><b>(2)創傷の治療に係る処置及び器具の管理等を伴う処置</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・褥瘡に対する治療(皮膚層の部分的喪失が認められる場合又は褥瘡が二箇所以上に認められる場合に限る。)</li> <li>・末梢循環障害による下肢末端の開放創に対する治療</li> <li>・創傷(手術創や感染創を含む。)、皮膚潰瘍又は下腿(たい)若しくは足部の蜂巣炎、膿(のう)等の感染症に対する治療</li> <li>・中心静脈栄養(広汎性腹膜炎、腸閉塞、難治性嘔吐、難治性下痢、活動性の消化管出血、炎症性腸疾患、短腸症候群、消化管瘻又は急性脾炎を有する患者以外を対象として、中心静脈栄養を開始した日から30日を超えて実施するものに限る)</li> <li>・人工腎臓、持続緩徐式血液濾過、腹膜灌流又は血漿交換療法</li> <li>・気管切開又は気管内挿管が行われている状態(発熱を伴う状態を除く)</li> </ul> <p><b>(3)その他の処置</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・一日八回以上の喀痰(かくたん)吸引</li> <li>・頻回の血糖検査</li> <li>・酸素療法(密度の高い治療を要する状態を除く)</li> <li>・せん妄に対する治療</li> <li>・うつ症状に対する治療</li> </ul> <p><b>(4)傷病等によるリハビリテーション(原因となる傷病等の発症後、三十日以内の場合で、実際にリハビリテーションを行っている場合に限る)</b></p>
医療区分1		医療区分2・3に該当しない者

**25**

図 12

## 7. 慢性期医療のこれから—理念から標準へ

令和8年度診療報酬改定は、単なる点数の増減ではなく、「あるべき医療の形」を提示している。身体的拘束ゼロは、患者の尊厳を守るだけでなく、職

員の意識を高め、組織の質を向上させる原動力となる。今回の改定で示された「加算」という追い風を活かし、多くの病院が身体的拘束最小化、そして撤廃へと舵を切ることを切に願う。富家病院の取り組みが、全国の慢性期医療機関の参考になれば幸いである。



## 地域全員で医療インフラを守り育てる時代 — 令和8年度診療報酬改定の中での当法人の取り組み —

医療法人金上仁友会 金上病院  
理事長 安藤正夫

### 1. はじめに：当法人が捉える改定の基本的方向性

令和8年度診療報酬改定の概要が明らかとなってきた。主なポイントは図1に示されたとおりであるが、ここではあくまで当法人に関連させた観点から、まずはやや強引にポイントを意識してみた。

①超高齢化がさらに進み要介護者が増加する一方で、生産年齢人口が激減しスタッフの確保がより困難となる危機的人口構成の中でも、それぞれの地域において、その特性に合わせて医療提供体制

を維持発展・完結させていくように努めよ。

②各病院の役割・機能を明確化し、非効率な競合は止め、それぞれの病院間での連携体制を実効性のあるものとして構築・運用し不断に見直し。治す病院は治すことに専念せよ。

③「医療・介護の連携」といわれるが、ひとりの、特に高齢患者にとっては医療も介護も区別できるものではない。治し支える病院群は、「提供側の都合ではない受け手側目線の」本当に機能するような医療と介護の一体的サービス提供体制を確立せよ。

④人件費や物価・エネルギー価格高騰など、病院の支出が激増していることによる経営困難状況への

### 令和8年度医科診療報酬改定の主なポイント

#### 1. 賃上げや物価への対応

- 賃上げに向けた評価
  - ・令和8・9年度での各3.2%（看護補助者等は5.7%）の賃上げに向けたベースアップ評価料の見直し（点数の見直し、夜勤手当への充当を可能にする）
- 物価動向への対応
  - ・令和8・9年度の物価上昇に対応する「物価対応料」の創設、入院時の食費・光熱水費基準額の引上げ 等

#### 2. 急性期・高度急性期入院医療の見直し

- 急性期・高度急性期の医療機能機能に応じた評価の見直し
  - ・急性期病院一般入院基本料の新設、特定機能病院入院基本料の見直し
  - ・急性期総合体制加算の新設（既存評価を改組し、総合性と手術等の集積性を持つ病院を評価）
  - ・特定集中治療室管理料等の見直し（救急搬送や全身麻酔を実績要件化）
- 多職種が病棟で協働する体制の評価

#### 3. 包括期・慢性期入院医療の見直し

- 「治し、支える医療」の実現に向けた各評価の見直し
  - ・地域包括医療病棟の見直し（高齢者特性に配慮した要件見直しなど）
  - ・回復期リハビリテーション病棟の見直し（実績指数要件の対象拡大など）
  - ・療養病棟入院基本料の医療区分要件の見直し
- 質の高い包括期入院医療の評価
  - ・生活に配慮した支援を強化するための入退院支援加算1の引上げ
  - ・身体的拘束の最小化を組織的に行う際の評価の新設

#### 4. 業務効率化・負担軽減等に向けた取組み

- ICT等の活用による業務効率化・負担軽減
  - ・見守りや記録等でICTを組織的に活用した際の看護配置基準の柔軟化
  - ・生成AI等を組織的に活用した際の医師事務作業補助体制加算の柔軟化
- やむを得ない事情で看護要員が不足する場合の取扱いの柔軟化

#### 5. 人口の少ない地域・医師偏在対策

- 人口少数地域で医療提供機能を確保するための評価の新設
  - ・医療提供機能連携確保加算の新設（人口少数地域での外来・在宅医療の確保の支援や、緊急入院の受入体制がある病院を評価）
- 診療科偏在対策の推進
  - ・地域医療体制確保加算2の新設（若手医師が減少し、体制確保が必要な診療科の医師を対象として、勤務環境や処遇を改善する取組を評価）
  - ・外科医療確保特別加算の新設（長時間高難度手術の実施体制を整備し、外科医の勤務環境や処遇を改善しつつ手術を行う場合を評価）

#### 6. 外来医療の機能分化・強化等

- 外来の機能分化の推進
  - ・特定機能病院等の外来診療料等の減算に係る逆紹介割合の基準の見直し
  - ・特定機能病院等からの紹介患者の初診に関する加算の新設
- 外来に係る評価の見直し
  - ・生活習慣病管理料の包括範囲や地域包括診療加算等の対象患者の見直し
  - ・時間外対応加算の引上げ、名称変更

#### 7. 質の高い在宅医療・訪問看護の推進

- 在宅医療に関する評価の見直し
  - ・地域で在宅医療における積極的役割を担う医療機関の更なる評価
- 訪問看護に関する評価の見直し
  - ・同一建物に居住する利用者の人数等に応じたきめ細かな評価への見直し
  - ・地域と連携した精神科訪問看護体制を評価

#### 8. 重点的な対応が求められる各分野での対応（救急、小児・周産期、精神医療、DX・オンライン診療など）

- 救急医療
  - ・救急外来医療の24時間提供体制の評価の拡充（救急外来医学管理料の新設）
  - ・救急患者連携搬送料について、民間救急等を活用した転院搬送や下り搬送の受入側を評価
- 小児・周産期医療
  - ・妊産婦にとって安心できる療養環境の確保と妊娠・産後のケアを一貫して行う体制の評価（産科管理加算）
  - ・小児科以外で成人移行医療を実施の際に難病外来指導管理料を算定可
- 精神医療（続き）
  - ・急性期病院精神病棟入院料の新設（地域ごとの急性期の病院機能を確保する観点から、病院の機能に着目し、体制整備も含めた入院料を新設する。）
  - ・精神科地域密着多機能体制加算の新設（小規模医療機関等で外来医療や障害福祉サービスを一体的に提供する取組を評価）
- 医療DX・オンライン診療の評価の見直し
  - ・電子診療情報連携体制整備加算の新設（医療DXに係る評価を改組）
  - ・D to P with N での訪問看護の同時実施可、別途訪問時の評価を新設

5

図1 令和8年度医科診療報酬改定の主なポイント

手当てはある程度した。しかし必ずしも同様あるいはそれ以上に持続できるとは限らない。今回一息付けたとしても、経営体力強化の努力をしない医療機関は淘汰されることを受け入れよ。

- ⑤人材不足は如何ともしがたく、ビデオ化なども含めた業務の効率化やタスクシェア・タスクシフトなどを徹底し、とにかく無駄をなくして少人数でも業務が回る仕組みの構築をせよ。特に確保が困難な看護師などにおいては、多職種で連携した場合や、やむを得ない緊急の対応などにおいては一部人員基準の緩和を認める。
- ⑥あらゆる部門における省人化および業務の質の向上とタイパの両立、将来に向けての作業工程の改革の基本として、DX化の導入を本気で進めなさい。特にAIを如何に日々の業務に取り込むか。これが上手に出来るか出来ないかで全く景色が変わる。ある程度の助成はするのでタイミングを逃さずどんどん活用しなさい。

行間の読み方には異論もあるが、本稿ではこれらを当院にとっての改定の基本的な方向性と位置づけ、当法人の地域特性・施設特性を示したうえで、現状と課題、そして改定を踏まえた今後の取るべき方向性について愚考してみた。

## 2. 地域完結の実状と課題

地域といった場合、基本的には二次医療圏と市町村がひとつの単位となるのだろう。一方、在宅医療・地域包括ケア、高齢者支援や見守りなどといった生活密着型の支援では、より狭い中学校区という考え方も重視される。いずれにせよ医療提供体制、介護提供体制はそれぞれの地域によってまさしく千差万別である。また、二次医療圏に関しては、その医療の流れの実態と乖離している地域も少なくなく、実質的には県境をまたいでいるようなケースもある。したがって、これからの新たな地域医療構想において「地域完結」といった場合、何を指しての地域なのか、という視点が非常に重要になると考えている。

では、実際には地域のどの機関がリーダーシップをとって進めるのか。権限は都道府県なのだろうが、

実際は二次医療圏のどこの誰が責任をもつのか。二次医療圏を跨ぐ議論にはどう対応するのか。各医療機関の利害調整なども含めた、乗り越えなくてはならない様々な課題が山積している。ここで最も重要なのは、地域住民が求めるものは何か、の目線だろう。勿論住民の希望も様々であろうが、我々と、行政と、住民とが課題を共有し、勉強し、話し合っ進めることではないだろうか。また、往々にして議員は現状を理解できていない例も多く、ここも共に成長するという考えが必要なのかと感じている。

## 3. 当法人の地域の中での立ち位置

当法人が属する二次医療圏は宮城県南部の仙南医療圏である。区域の人口規模を踏まえた医療機関機能の考え方で示された、大都市型（人口100万人以上）、地方都市型（50万人程度）、人口の少ない地域（～30万人）の分類からすれば、当医療圏は約20万人であり人口の少ない地域になる。北と東は仙台医療圏となり、高次医療や救急医療においては、仙台医療圏に少なからず依存している。当院のある角田市（かくだ）は、東側の阿武隈高地を隔て東日本大震災時には津波の被害を大きく受けた太平洋沿岸部の仙台医療圏と接する。以前は山越えの道であったが、トンネルが出来てからは患者を含め同地区との往来が増えている。しかし、二次医療圏での医療構想にこの流れは考慮されない。

角田市の人口は約26,000人で高齢化率はほぼ40%に達する状態である。早いスピードで人口、特に若年者の減少が進んでいる。高齢者も徐々に減少しているが、2040年に85歳以上は今の約1.5倍、要介護者は1.25倍となる。一方生産年齢人口は2/3になると予測されている。いわゆる典型的な地方の衰退都市である。医療機関としては当院を含め病院が3つある。人口の割には病院数が多い。一方クリニックはこの数年で2つあった産婦人科を含め閉院が続き、現在内科系が3、外科内科が1、整形外科が1、眼科が2まで減ってしまった。さらに病医院とも開設医師のほとんどは65歳以上の高齢医師であり、継承が確定しているところはほぼない。建物の老朽化も共通した課題である。

二次医療圏には、ベッド数310床の救命救急センターを有する急性期拠点病院としてのみやぎ県南中核病院がある。これは角田市を含めた1市3町を運営母体とする自治体病院である。当院からの高次病院への紹介転送先として、また同院からの後方支援病院として、お互いに連携を密にきており、今後さらに深化させなくてはならない。しかし、角田市は多額の負担金を担っている割には市民の利用率は見合っておらず、抛出負担のない近隣市町の住民や医療機関の利用が多いなどのアンバランスもある。

また、宮城県の主導で、宮城県立がんセンターと仙台赤十字病院が統合され、仙南医療圏寄りの仙台医療圏にある名取市に新病院が建設される。当院からは先のトンネルを経て高速道路でアクセスすると、みやぎ県南中核病院とほぼ同時間で行ける地点である。今後患者の流れに変化がでることも予想される。

その他、地域の医療機関の状況に関しては様々な要素があり、これから各医療機関の意見や住民の意見、行政とのかかわりなどの中で、誰が、どこが、主導して新たな地域医療構想を牽引していくのか。まだまだ不透明な状況にある仙南医療圏である。

## 4. 当法人のリソース

当院は地域包括ケア病棟60床、医療療養病棟26床、計86床の小病院である。以前は介護療養病棟を多く有していたが、ダウンサイジングしながら病床再編をしてきた経緯がある。強化型の在宅療養支援病院であり、救急告示病院である。

外来は常勤医6名による内科を中心に、仙台の東北大学病院、東北医科薬科大学病院などからの多くの協力を得て、外科、循環器外来、呼吸器外来、消化器外来、糖尿病外来、甲状腺外来、皮膚科、整形外科などを開設している。また、私が消化器内視鏡特に大腸内視鏡を中心とした仕事をしてきた経緯があり、内視鏡検査・治療は積極的に行っている。その他訪問診療にも力を入れてきた。

併設の介護系施設としては、介護老人保健施設100床（内認知症専門棟40床）・デイケア100名定員（平均利用約80名）と認知症グループホーム

2ユニット（プラス関連グループで1ユニット）を運営している。

訪問系サービスとしては、訪問診療、訪問看護ステーション、看護小規模多機能型居宅介護看護、24時間定期巡回型訪問介護、および老健からの訪問リハビリを行っている。

住まい系サービスとして、住宅型有料老人ホームが2棟、44室運用している。

その他専門員6名体制の居宅介護支援事業所、院内保育園、関連施設での介護福祉ショップなどを運営している。

当法人で一度でも対応させて頂いた患者、利用者に関しては、その病状・要介護度・ご家族の状況などにより、法人内の各施設や訪問系サービスのみならず、法人外の様々な施設・在宅サービスなどと連携し、その時点での最適なサービスが提供できるよう責任をもって取り組む努力はしている。しかし、まだまだ不十分な点も多く、これらを如何により質の高いものにブラッシュアップしていくかの試行錯誤が続いている。

## 5. 新たな地域医療構想と今回の改定

今回の改定が2040年を見据えてのものであることはいまでもない。2040年に向けての新たな地域医療構想との関連の中での改定である。新たな地域医療構想の方向性としては下記の通りである。

\*85歳以上人口の増加や人口減少が更に進む2040年とその先を見据え、全ての地域・世代の患者が、適切に医療・介護を受けながら生活し、必要に応じて入院し日常生活に戻ることができ、同時に、医療従事者も持続可能な働き方を確保できる医療提供体制の構築。

\*「治す医療」と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、地域完結型の医療・介護提供体制の構築。

\*外来・在宅、介護連携等も新たな地域医療構想の対象とする。

すなわち、病院のみならずクリニックも含めての構築であり、これはかかりつけ医機能報告とリンク

する。

これまでの医療構想は病床機能報告が中心であった。新たな構想ではこの病床機能に関しても変化がみられる。すなわち、これまで「回復期機能」とされていたものに「高齢者等の急性期患者への医療提供機能」が追加され、「包括期機能」として位置づけられた。

そしてこの病床機能のみならず、病院として、ひとつの医療機関として、その機能を報告することになる。つまり医療機関機能報告である。現時点での考え方として、#大学病院などの医育および広域診療機能、#急性期拠点機能、#高齢者救急・地域急性期機能、#在宅医療等連携機能、#専門等機能に分類される。そして区域の人口構成を、大都市型（100万人以上）、地方都市型（50万人程度）、人口の少ない地域（～30万人）にわけ、それぞれの区域ごとに各病院機能のあるべき姿が示された。そしてそれぞれの病院において、自院がどの機能を果たすかを表明するわけであるが、それらと実際の診療内容との間に乖離がないことを証明する実績データが求められることになる。

## 6. かかりつけ医機能報告制度との関連

かかりつけ医機能報告制度とは、医療機関が自院の「かかりつけとしての役割」が見える化し、住民にも分かる形で地域での役割分担を進める仕組みといえるだろう。すなわち1号機能としての基本的な外来診療（かかりつけ医の基本）を専ら提供する機能と、2号機能としての専門医療や高度な検査、入院対応、他医療機関との連携、在宅医療支援を行う機能とにわけ、自院は何を提供するのかを明確にする。その地域の医療リソースを効率的に活用し、また、医療リソースの偏在などを確認是正するベースともなる。これらは新たな地域医療構想の中で重要な位置づけとなる。

## 7. 2040年に向けた当院の基本的方向性

### (1) 医療機関機能として

前述の機能報告制度の中で当院の2040年に向け

た役割、機能をみてみる。当該地区においては、「急性期拠点機能」を果たせる病院は現時点では1つしかない。前述のように現在の二次医療圏を越えた流れの中だと、数年後にもう一病院が視野に入る。いずれにせよ当院の基本的機能は「在宅医療等連携機能」となる。日中においては「高齢者救急・地域急性期機能」も果たせるし実際果たしているが、夜間・休日は人的リソースを主な理由として対応は限られる。これは、将来的に解決される可能性は低い一方、当該地区において本機能を夜間も十分果たせる病院はないため、急性期拠点病院に依存しているのが実情である。したがって、これらの間での連携の強化が重要になる。この中で下り搬送に関しては、以前より拠点病院との間でその必要性を共有してきており、今回の改定では送り手側の評価が更に上がり、また受け手側の評価も入った。近日中に体制が整う予定である。

医療療養病棟の26床においては、3年後に予定している病院建て替えの際には廃止の予定である。それまでは主に高齢者の中長期にわたる入院医療が必要な患者の受け入れとして、いわゆる慢性期としての「専門等機能」の側面を有することになる。一方最近では、地ケア病棟でのベッド確保が困難な場合などの、早期在宅復帰を見越した短期間での地域救急患者の治療病棟としての機能も大きくなっている。また、地ケア病棟から介護系施設への入所や在宅復帰を目指している患者の入院日数が40日（60日）を越してしまうような際の、短期的待機場所的な入院もある。勿論、悪性腫瘍の終末期など医療必要度の高い患者の入院も少なくない。

3年後に本病棟を廃止せざるを得ない状況において、対象患者に廃止後どのように対応するか。これが現在最も悩ましい課題である。当該地区においては、他病院に比較的多くの医療療養病棟が現存しているが、その診療内容の詳細は不明である。しかし今後、地域によっては病院間の医療リソースをある意味共有するがごとく対応しなければ、求められる医療サービスを提供できなくなる。競合から共生の観点は必要だろう。その意味でも、各医療機関はその機能を自ら手上げるだけでなく、治療のデー

タを公にする必要がある。それにより住民を含め誰もが判断材料とできるようなアウトカム評価の体制を作ることも、地域住民主体の地域医療体制構築には欠かせない。

さらに、在宅でも療養可能な状況なのであれば、様々な工夫をすることによって、現在の療養病棟に頼らず、在宅（施設を含め）でのサービス提供体制にできるだけ早期に移す方向が求められているのだろう。当法人としては、この工夫を今から本気で取り組み、3年後を迎えることとなる。

いずれにせよ今回提示された「医療機能」の中では、当院が最も果たしている、あるいは、2040年に向けて果たそうとしている「医療機能」は「在宅医療等連携機能」となる。この機能の質を高め深化させていくのが、やはり最も基本的な方向性となる。その上で、他のサービスとの連携をさらに密にしつつ、地域に求められるその他の医療機能を把握し、その提供に努めていくことになるであろう。

## (2) かかりつけ医機能として

当院はいわゆる地域密着型の多機能病院である。1号機能に関しては、地域のクリニックが減少していく中、専門外来を維持しつつも、いわゆるかかりつけ医としての機能の質を上げていく必要がある。これに関してはまだまだ課題が多い。常勤医の研修はもとより、資格取得など具体的な目標を定めて、また、KPIを明確にするなどしてマンネリ化にならない努力が必要である。

また、検診や健康相談もより充実させなくてはならない。この4月から「骨粗鬆症対策キャンペーン」を行うことにより骨密度検査の受診数が上がり、治療につながる通院患者が増えている。これからは住民の健康意識を高め、早期発見・早期治療はもとより、健康増進・維持への医療機関としての役割にもさらに積極的に関わる必要がある。

なお、大学医師などによる専門外来通院中の患者においては、どうしても専門疾病の診療が中心となりがちな傾向がある。大学応援医への声掛けと同時に、病院として患者をトータルに診るような体制創りに取り組み始めた。

2号機能としては、地域包括ケア病棟を有する在宅療養支援病院として、これからその役割は更に求められ、地域医療のハブ的な存在として精度を上げていくことになる。地域のクリニックとの連携を更に密にし、これまで以上に地域救急の受け入れが求められる。自宅や介護施設などからの入院もより積極的に取らなければならない。また、必要に応じ高次病院への紹介などを通し、クリニックとの橋渡しの役目も大切になる。地域の急性期拠点病院からの、急性期を乗り越えた患者の継続医療やリハビリ目的としての紹介に関しては、二次医療圏外の高次病院との連携もより深めなくてはならない。そして退院後の在宅療養を在宅診療や訪問系サービスを通して支える。自宅に帰れない患者に対しては、的確に介護施設や居住系施設に繋ぎフォローする。

これらは、まさに、当法人が力を入れてきたことであり、地域包括ケアシステムの一翼を担えるように基盤整備を進めてきた所である。今後はさらに法人内外のあらゆる医療機関、介護機関、各種サービス、行政などとの連携を深化させる。地域の住民に対しても、自分たちの住む地域の医療提供体制やその流れを知って頂き、同時に自院の特長や実績などをしっかりと発信し、理解してもらい、協力してもらい、参加してもらうことが本当に大事なことと考えている。

また当院においては、消化器内視鏡の専門性を活かしてきた側面がある。大腸がん住民健診においては、市の検診依頼機関（仙台市）までは、前処置の上1時間をかけて移動せねばならず地元での検査希望者は多い。また、大腸ポリープ切除対象者も多く、それらへの対応を含め、当院での内視鏡部門の果たす役割も充実させていく。

## 8. 診療報酬改定の実際と当院の対応 —病棟を中心に—

今回の診療報酬改定において、物価対応などの一般的なものなどは紙面の都合上割愛し、当院に関連するトピックス的なものについて入院診療を中心にみってみる。それぞれの具体的算定要件、点数などは改定の詳細を参照されたい。繰り返しになるが、当

院は地域包括ケア病棟と医療療養病棟をもつ200床未満の在宅療養支援病院という立ち位置である。

(1) 身体的拘束最小化推進体制加算と入院時の食事療養に係る見直し

いずれもまさに日本慢性期医療協会が主導的に長年取り組んできたもので、筆者としても当協会会員として最も学ばせて頂いたこの方向性が力強く評価されたものと感慨深い。身体拘束ゼロに関しては、かなり前になるが、富家病院の研修会に若手の介護福祉士2名と共に参加し、現地で受けた衝撃は今も忘れられない。その二人は現在、法人の核として活躍してくれている。また、内田病院理事長の田中志子氏に当地角田（かくだ）までおいでいただきご講演賜ったことは、当法人職員の意識変革の第一歩だったと確信している。当院としては身体拘束ゼロの継続はまだ道半ばであるが、今回の基準のクリアには全く問題なく、地ケア病棟でも療養病棟でも継

続して算定可能であり非常に大きい（図2）。

(2) 主に地域包括ケア病棟に関して

①地域包括ケア病棟における初期加算および出来高となった二つの指導料

在宅患者支援病床初期加算について、対象が救急搬送された患者から緊急入院した患者に拡大された。しかし当法人の介護老人保健施設は併設であり、併設の場合は認められない。

また、退院時共同指導料2および介護支援等連携指導料について出来高算定となった。

②地域包括ケア病棟におけるリハビリテーション・栄養管理・口腔管理加算

これまで地ケアでは算定できなかったが算定可能となった。低い点数ながらADL要件がない。また、当該加算を算定する患者について、入院栄養食事指導料および栄養情報連携料の算定が可能となった。

令和8年度診療報酬改定 III-1-1 身体的拘束の最小化の推進-①

身体的拘束最小化に係る特に高い取組の評価

身体的拘束最小化推進体制加算の新設

➤ **身体的拘束の最小化**に向け、**管理者等を中心として身体的拘束を原則として行わないという組織風土を醸成し、組織的に特に質の高い取組を行う体制**について、新たな評価を設ける。

**(新) 身体的拘束最小化推進体制加算（1日につき） 40点**

【対象病棟】

療養病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、地域包括ケア病棟入院料、特殊疾患病棟入院料を算定している病棟  
 (※ 同じ入院料を算定する病棟全体で届け出る)

【施設基準（抜粋）】

- ・ **病院長や看護部長**が、**身体的拘束の最小化に向けて病院全体で取り組むことについて表明**し、職員に周知していること。
- ・ 院内で身体的拘束の最小化に関する**講習が年2回以上**実施されており、入院患者に関わる全ての職員が受講していること。
- ・ 身体的拘束最小化チームにより、**身体的拘束に使用する用具が病棟外の1か所で管理**され、使用状況、解除に向けた検討状況を把握するとともに、必要に応じて解除に向けた提案が行われていること。
- ・ 身体的拘束の最小化に向けた**具体的な取組を検討するための委員会を3か月に1回以上**実施していること。
- ・ 身体的拘束を行われている患者がいる場合、**最小化チームによる巡回**が定期的に行われ、病棟の職員と共に解除に向けた具体的な検討が行われていること。
- ・ **身体的拘束を行わずにケアするための用具の導入**について職員が提案することができ、積極的に導入するような仕組みを有すること。
- ・ 身体的拘束を検討する可能性のある患者の入棟を制限していないこと。
- ・ 身体的拘束が実施される可能性のある全ての患者に対し、病院として身体的拘束を原則行わない方針であることや、身体的拘束を行うリスクと行わないリスク等について**説明し、患者及び家族の意向を十分に聴取**していること。
- ・ 加算を算定することのできる入院料を算定した日数に占める**身体的拘束を実施した日数の割合が3%以下**（届出から1年間は5%以下）であること。
- ・ 身体的拘束を原則として行わない方針であること、取組の内容、**身体的拘束の実施状況（実施割合等）について院内掲示及びウェブサイトに掲載**していること。



図2 身体的拘束最小化に係る特に高い取組の評価

③包括期充実体制加算の新設

高齢者救急、在宅医療及び介護保険施設の後方支援を更に充実させる観点から、一定の体制および実績を有する200床未満の地域包括医療病棟または地域包括ケア病棟で算定可能。但し急性期病院一般入院基本料を算定していない病院という条件がついている。これは前述の病院機能明確化の観点から、急性期病院は急性期に専念せよ、というメッセージであろう。

④救急患者連携搬送料の見直し

いわゆる下り搬送において、これまで搬送先には一切評価が付かなかったが、今回、連携体制の確保や患者の受け入れを更に推進する観点から、一定の条件下ではあるが、搬送先にも評価が新設された。

⑤短期滞在手術等基本料の見直し

大腸ポリープ切除術に関し、過剰な外来治療や安易な一律入院加療に対し対応がとられた。当院の内視鏡切除対象者は高齢者や独居の方も多く、また交

通機関が不十分な環境などを考慮すると1泊入院加療の望ましい患者が多い。しかし、今後は外来治療・入院治療のいずれが総合的に望ましいか、症例に応じてそれぞれ判断することになる。新設された入院手術対応加算も関与してくる。

⑥様式9の見直し(図3)

医療現場を取り巻く人手不足への対応として、看護職員の配置基準を一時的に緩和する見直しであり、筆者としてはかなり画期的なものだと捉えている。実質的にはまだ厳しいものの、現場の窮状をある程度理解した対応だろう。

一方、ICT等の活用による看護業務効率化の推進や看護・多職種協働加算が地ケア病棟には適応されない。残念に感じている。

⑦人口の少ない地域での取り組みに対する新設加算

当仙南医療圏は今回の改定で示された人口の少ない地域(人口20万未満かつ人口密度が200人/km<sup>2</sup>未満である二次医療圏及び離島などの地域)に該当

令和8年度診療報酬改定 I-2-5 診療報酬上求める基準の柔軟化-①

やむを得ない事情における施設基準等に関する取扱いの見直し

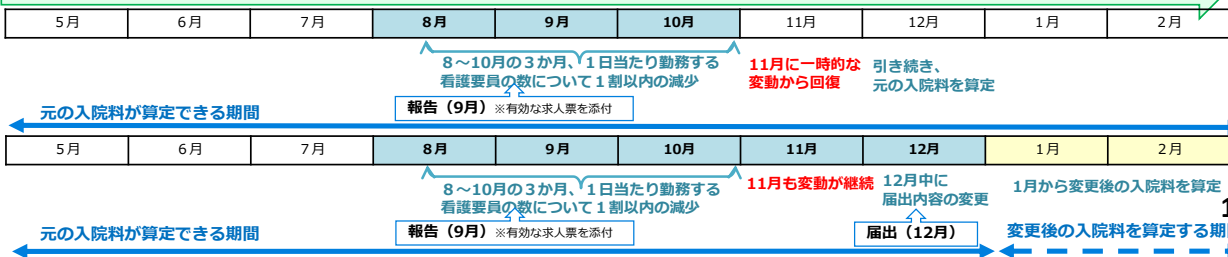
医療現場を取り巻く人手不足の状況下で、質の高い医療提供体制の維持とそのための人材確保の取組の両立を図る観点から、公共職業安定所や無料職業紹介事業者、適正認定事業者を活用する等により、**平時から看護職員確保の取組を行っているにもかかわらず、やむを得ない事情によって一時的に看護職員確保ができない場合について、看護職員の配置基準を柔軟化**する。

現行	改定後
<p><b>【施設基準(告示)】第一 届出の通則</b></p> <p>二 届出に係るの内容と異なる事情が生じた場合には、速やかに届出の内容の変更を行わなければならない。</p> <p><b>【施設基準(通知)】(概要)</b></p> <p>・ 1日当たり勤務する看護要員の数、看護要員の数と入院患者の比率並びに看護職員の数に対する看護師の比率については、暦月で1か月を超えない期間の1割以内の一時的な変動の場合は変更の届出を行わなくてもよい。</p>	<p><b>【施設基準(告示)】第一 届出の通則</b></p> <p>二 届出に係るの内容と異なる事情が生じた場合には、速やかに届出の内容の変更を行わなければならない。</p> <p><b>【施設基準(通知)】(概要)</b></p> <p>・ 1日当たり勤務する看護要員の数、看護要員の数と入院患者の比率並びに看護職員の数に対する看護師の比率については、暦月で1か月を超えない期間の1割以内の一時的な変動の場合は変更の届出を行わなくてもよい。</p> <p>・ <b>突発的で想定が困難な事象によりやむを得ない事情が生じ、1日当たり勤務する看護要員の数、看護要員の数と入院患者の比率並びに看護師及び准看護師の数に対する看護師の比率について、暦月で1か月を超える期間の1割以内の一時的な変動があった場合、次の全てに該当するときは、3か月を超えない期間に限り変更の届出を行わなくてもよい(1年に1回に限る。)</b></p> <p>(1) 公共職業安定所又は都道府県ナースセンター等の無料職業紹介事業を活用して看護職員の確保に係る取組を行っていること。<b>やむを得ない事情が生じていない場合においても、看護職員の求人を行う場合には、公共職業安定所又は無料職業紹介事業の活用等の看護職員の確保に係る取組を行っていることが望ましい。</b></p> <p>(2) 民間職業紹介事業者を利用する場合には、医療・介護・保育分野における適正な有料職業紹介事業者認定制度による適正認定事業者を含むこと。</p> <p>(3) 当該医療機関が自ら採用情報をウェブサイトで公表する等、看護職員確保に係る取組を積極的に行っていることが望ましい。</p> <p>(4) <b>やむを得ない事情が生じた場合であって、一時的に看護職員の確保ができない場合においては、一部の看護要員へ過度な業務負担とならないよう、保険医療機関は看護要員の適正な労働時間管理を行い、体制の整備を図るよう努めること。</b></p>

例) 8~10月の3か月、1日当たり勤務する看護要員の数について1割以内の変動が生じた場合

看護職員の確保に係る取組

- ① ハローワーク又は都道府県ナースセンター等の無料職業紹介事業を活用(民間職業紹介事業者を利用する場合は、適正認定事業者を活用)
- ② 医療機関が自ら採用情報をウェブサイトで公表する等の看護職員確保に係る取組を行うことが望ましい



136

図3 やむを得ない事情における施設基準等に関する取扱いの見直し

する。当該地域において外来・在宅診療体制の確保を支援し、急変時の患者を受け入れる体制を有する医療機関を評価するものである。当然当院としても役割を果たせるよう要件をクリアしていく予定である。

### (3) 療養病棟に関して

今回、根本的な大きな改定はなかったとみて良いのだろうか。当院に関わる主な変更点としては以下の2点となるだろう。

- ①感染にかかる処置が、他の一部の処置と併せて行われている場合、処置等に係る医療区分3とする。
- ②非がん疾患に対する緩和ケアを評価する観点から、悪性腫瘍以外にも医療用麻薬等の薬剤投与による疼痛コントロールが必要な場合を疾患・状態に係る医療区分2に追加。

今後の療養病棟の方向性としては、より重症で、医療処置の必要な患者に対応する医療・療養の病棟としての位置づけが強くなるということであろう。逆を言えば、医療必要度の高くない患者は入院してなくても、病院以外で治療・療養が継続できるのではないか、ということかと思われる。

### (4) 外来医療について

外来に関しては、前述のように役割分担を明確化した機能分化と連携の強化を基本とした改定となっている。また、生活習慣病や要介護者、認知症患者の更なる増加に対応すべく、生活習慣病管理料、地域包括診療料、機能強化加算などの見直しが行われている。当院としてもしっかり対応することになる。さらにデータに基づく医療を推進する方向性がみえる。なお、令和8年5月31日をもって新型コロナ特例措置は終了する。

## 9. おわりに

2025年が過去となって初めての診療報酬改定である。2040年とその先を見越して、様々な課題が山積する中、新たな医療提供体制をどのように構築し、継続のみならず発展させていくのか。この未曾有のチャレンジがいよいよ本格的に始まった感がある。各医療機関には、点数を追いかけるような対応ではなく、基本的な方向性や将来を見据えた取り組みと覚悟が求められる。しかも、自院だけで解決できるようなものでは全くなくなっており、医療機関同士、介護系サービス、住まい系サービスとのより深い連携が必須である。

しかしこの連携は、我々業界関係者だけではなく進まない側面もあり、行政の力も必須である。そして何より、新たな医療体制は、その医療を享受する側である患者や家族、一般住民の理解と協力がなければ一切成り立たない。

昨年位からようやくメディアも医療界の惨状を取り上げ始め、徐々には国民にも実状が知られつつあると思う。しかし、まだまだ十分な理解が得られているとは言えない。今後、地域医療を存続発展させるためには、その地域の人々全員が、それぞれの地域における医療・介護の状況を自分事として一緒に考え意見を出せる環境が必須である。当院としても様々な形で情報発信を強化していく。

当院にとって最も大事なことは、自院が、地域住民から、行政から、そして他の医療・介護施設のスタッフの方々から、「なくてはならない病院」と思ってもらえるような存在であること。そのためには、職員全員が住民の声にもっともっと耳を傾け、住民目線でより質の高い医療を提供し、それを知って頂く努力をすること。このことが、今回の診療報酬改定を踏まえた当法人の方向性として最も強く感じた点である。

地域全員で共に智慧を出し合い協力して、地域医療インフラを守り育てていく時代がきているのだろう。



## 地域の安心を未来へ繋ぐため

### — 令和8年度診療報酬改定を見据えた桜ヶ丘病院の進化 —

医療法人千徳会 桜ヶ丘病院

理事長 成川暢彦

#### 1. はじめに

日本の医療提供体制は、急速に進む高齢化の中で大きな転換点を迎えている。地域によっては高齢化率が40%を超え、医療需要の中心が急性期から慢性期・在宅へと移行する中、これまで以上に医療と地域生活を一体で支える体制づくりが不可欠となった。こうした社会構造の変化を背景として実施された2年前の令和6年度診療報酬改定は、医療・介護・障害福祉サービスのトリプル改定として行われ、医療機関に対して人材確保、働き方改革、医療DXの推進、さらには地域包括ケアの深化という複数の改革テーマに対応することを求める内容であった。

この流れの中で、慢性期医療に対して求められる役割は飛躍的に拡大している。従来のように「長期入院の場」としての存在意義に加え、地域住民の生活を総合的に支える実践力が問われる時代に入ったと言える。

和歌山県有田地域で医療法人千徳会の桜ヶ丘病院（さくらグループ）が果たしてきた役割はまさにその象徴である。急性期病院からの後方支援、在宅医療のバックベッド、透析医療の継続支援、グループ介護施設との密な連携など、地域生活を支えるインフラとして重要な機能を担ってきた。令和8年度診療報酬改定を見据え、当院が今後進むべき方向性を、医療政策の流れと慢性期医療の本質を踏まえながら検討したい。

#### 2. 医療政策の潮流

令和6年度改定は、医療機能をより明確に整理し、急性期・回復期・慢性期のそれぞれが本来の役割を果たすことを促す内容であった。急性期病院には重症度の高い患者への集中的な治療が求められ、平均在院日数の短縮も一段と進められている。結果とし

て、治療が一段落した患者の受け皿としての回復期・慢性期医療の重要性は、これまで以上に高まった。

一方、地域包括ケアの深化も今回の改定の大きな柱となった。「住み慣れた地域で生活続ける」という政策理念に基づき、医療だけでなく生活支援を含めた支援体制が求められている。慢性期病院は、まさに入院医療と在宅・介護の中間に位置し、地域の生活基盤を支える存在として機能を強化する必要がある。

加えて医療DXの推進も急速に進んでいる。オンライン資格確認や電子カルテ情報の標準化、AIを用いた医療事務の効率化など、デジタル化は医療機関にとって避けて通れないテーマとなった。これは単なる効率化ではなく、医療の質向上を目的とした変革である。

こうした政策の方向性は、令和8年度改定においてさらに加速し、慢性期医療に対してはより多面的な役割を求める内容になることが予想される。

#### 3. 慢性期医療の役割の変容

慢性期医療は今、歴史的な役割転換の真ただ中にある。多疾患併存が一般化した高齢者医療において、単に疾患を管理するだけでは十分ではない。生活機能や身体能力、認知機能、栄養状態、口腔機能など、多面的な視点から健康を維持することが求められる。

また、地域で生活するための支援として、在宅医療・介護との連携が必須となった。急性期病院での治療後の生活支援、在宅療養者の急変時対応、介護施設との医療連携、家族支援など、慢性期病院の役割は地域包括ケアを支える“要”である。

さらに近年は、慢性期医療においてもアウトカム評価が進みつつある。ADLの維持改善、栄養状態の適正化、褥瘡予防、感染対策、退院支援の実績など、医療の結果をしっかりと評価する視点が求められ、慢性期医療の質そのものが問われる時代になった。

## 4. 桜ヶ丘病院の概要

桜ヶ丘病院は、和歌山県有田地域における慢性期医療の中心的役割を担う医療機関であり、99床の病床を有している。入院患者の多くは複数の慢性疾患を抱え、医療管理と生活支援の両方が必要であるため、当院では多職種が協力し、生活の質を維持・向上させる医療を提供してきた。当院の特徴は、入院医療だけでなく外来・健診・透析・介護連携まで幅広く対応し、「地域の生活を支える多機能型慢性期病院」として機能している点である。

### (1) 外来診療

当院は、地域の日常医療を支える“かかりつけ医機能”としての役割を担っている。内科を中心とした診療に加え、循環器疾患、消化器疾患、生活習慣病、腎疾患、もの忘れ相談と幅広い診療を提供している。特に高齢者の慢性疾患管理に力を入れており、継続的な通院を通じて地域住民の健康維持を支えている。

また急性期病院との連携を保ち、必要時には速やかに紹介・逆紹介を行う体制を構築している。在宅医療や介護に関する相談も増えており、医療ソーシャルワーカーが早期に介入することで、患者・家族の不安解消と適切なサービス利用につなげている。

### (2) 健診機能

当院は「治療」だけでなく「予防」に重点を置き、一般健診、特定健診、企業健診、がん検診、骨密度検査など、幅広い健診事業を展開している。健診後は、生活習慣の改善指導や必要に応じた外来受診へと確実につなぐことで、「予防から治療へ」切れ目のない医療提供体制を構築している。

特に、糖尿病や高血圧、腎機能障害といった慢性疾患の早期発見・早期介入は、重症化予防や入院回避に大きく寄与するものである。当院では、健診部門と外来・入院部門が密接に連携することにより、疾患の進行を未然に防ぎ、地域住民の健康寿命の延伸に貢献している。

### (3) 透析医療

日本透析医学会認定施設として、透析指導医・認定医が在籍し、長年にわたり透析医療に取り組み、地域の透析患者にとって不可欠な医療機関としての役割を担っている。近年は高齢透析患者の増加に伴い、通院が困難となる症例も増えているが、当院では入院透析や合併症治療を含めた一体的な医療提供を行うことで、地域医療を支える重要な機能を果たしている。

また、急性期病院からの紹介患者の受け入れや、在宅療養患者に対する透析継続支援などを通じて、治療が途切れることのない体制を維持している。透析医療における「途切れない治療」の実現は、患者の生命と生活の双方を支える基盤であり、当院の果たすべき重要な役割である。

### (4) 介護施設との連携

桜ヶ丘病院は介護施設との連携が非常に強く、さくらグループ内の特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、グループホーム、訪問介護など、幅広い介護サービスとの協力体制を構築している。介護施設入所者が体調を崩した際には当院が迅速に受け入れることで、施設側にとって大きな安心材料となっている。

退院支援においても、医療ソーシャルワーカーやケアマネジャー、看護師が連携し、施設へのスムーズな入所や在宅復帰につなげている。また当院の医師や看護師が施設を定期訪問して回診を行うことで、重症化予防や早期介入を可能にしている。感染対策、褥瘡対策、認知症ケアなどの研修もグループ全体で行い、医療と介護の双方の質の向上に努めている。

## 5. 地域医療を支える桜ヶ丘病院の役割

これらの医療機能を踏まえ、桜ヶ丘病院は地域医療において三つの柱を担っている。第一に、急性期病院の後方支援として、治療後の患者を安全に受け入れる役割である。第二に、在宅療養者の急変時受け入れ機能として、在宅医療の継続性を支える役割である。第三に、透析医療の継続性を確保し、地域の医療インフラとして機能することである。

### (1) 桜ヶ丘病院の今後の展開：リハビリテーションセンター増築

令和8年度診療報酬改定で強調される「リハビリ・栄養・口腔の三位一体管理」および「早期介入」「退院後生活までを見据えた包括的支援」の流れを踏まえ、桜ヶ丘病院は次の大きな進化としてリハビリテーションセンターの増築を計画している。超高齢社会では、急性期の治療が終わった後に「その人の生活機能をどれだけ維持・再建できるか」が医療の主題となっている。要介護化防止、再入院防止、在宅維持、認知症進行予防、フレイル対策——これらはすべてリハビリテーションの質と量が決定的な役割を果たしている。

新しいリハビリテーションセンターでは、

- ・回復期～慢性期まで切れ目ない機能訓練
- ・栄養・口腔・リハの横断チームによる一体的介入
- ・フレイル予防を視野に入れた生活機能再建型プログラム
- ・心不全・COPD・脳卒中・骨折など慢性疾患別プログラム
- ・退院後の外来リハビリ・通所リハとの連携強化
- ・介護施設や在宅事業者との合同カンファレンス運用

など、地域のニーズに応じた総合リハビリ拠点を目指し、さらに、センター内には多職種の協働を促進するための専用カンファレンス室を設置し、入院前から退院後までをつなぐ「地域包括ケアのハブ機能」を持たせることにより、施設患者のレスパイト利用や在宅急変の受入、ポストアキュート・サブアキュート期の集中的介入など、地域に不足しがちな医療機能を補完する役割も担い地域医療の向上に努めていきたい。この増築は、桜ヶ丘病院が「治療の終わりではなく、生活の再スタートを支える病院」へ進化するための象徴的な取り組みであると考えている。

### (2) 医療DXによる業務と質の転換

当院は医療DXを積極的に推進し、RPAによる業務自動化、AIを活用したレセプト点検、電子カルテ情報の共有化などを進めている。これにより、医療従事者が記録業務に追われる時間を減らし、患者

と向き合う医療に集中できる体制を整えている。医療DXは単なる効率化ではなく、慢性期医療の質そのものを高める取り組みであると捉えている。

## 6. 令和8年度診療報酬改定について～慢性期医療における要点～

### (1) 「治し、支える医療」—慢性期・包括期病棟に求められる“後方支援機能”を、点数と施設基準で明確に評価する方向

令和8年度改定では、高齢者救急の受入れや、在宅療養患者・介護保険施設入所者の緊急入院等の後方支援を担う医療機関の役割を、より明確に評価する方針が示された。とりわけ、急性期病棟を持たない中小規模病院が、地域包括医療病棟または地域包括ケア病棟を基盤として、在宅医療・施設のバックアップ（下り搬送や急変時入院）を支える機能を強化することが、制度上も“期待される標準像”として位置付けられている。

### (2) 物価高騰・人材確保を背景とした「ベースアップ評価」の継続・強化

近年の物価上昇や人件費の高騰を背景に、医療機関の経営環境は厳しさを増している。特に慢性期医療は人材依存度が高く、看護職・介護職・リハビリ職の確保が医療提供体制の維持そのものに直結する。

令和8年度診療報酬改定においても、令和6年度改定で導入されたベースアップ評価料の考え方を踏襲し、医療従事者の処遇改善を制度的に下支えする方向性が維持される見込みである。これは単なる賃上げ支援ではなく、「持続可能な医療提供体制を確保するための基盤整備」として位置付けられている。慢性期病院においては、看護・介護・リハビリ職員の安定確保が、患者ケアの質や安全性、さらには身体拘束最小化や多職種連携の実効性にも大きく影響する。そのため、ベースアップ評価料の適切な活用と人件費配分の最適化は、経営戦略上の重要課題となる。

また、物価高騰に伴う光熱費や医療材料費の上昇も、慢性期病院の収支構造に直接的な影響を及ぼしている。包括評価が中心である療養病棟においては、コスト増加を価格転嫁しにくい特性があるため、診療報酬

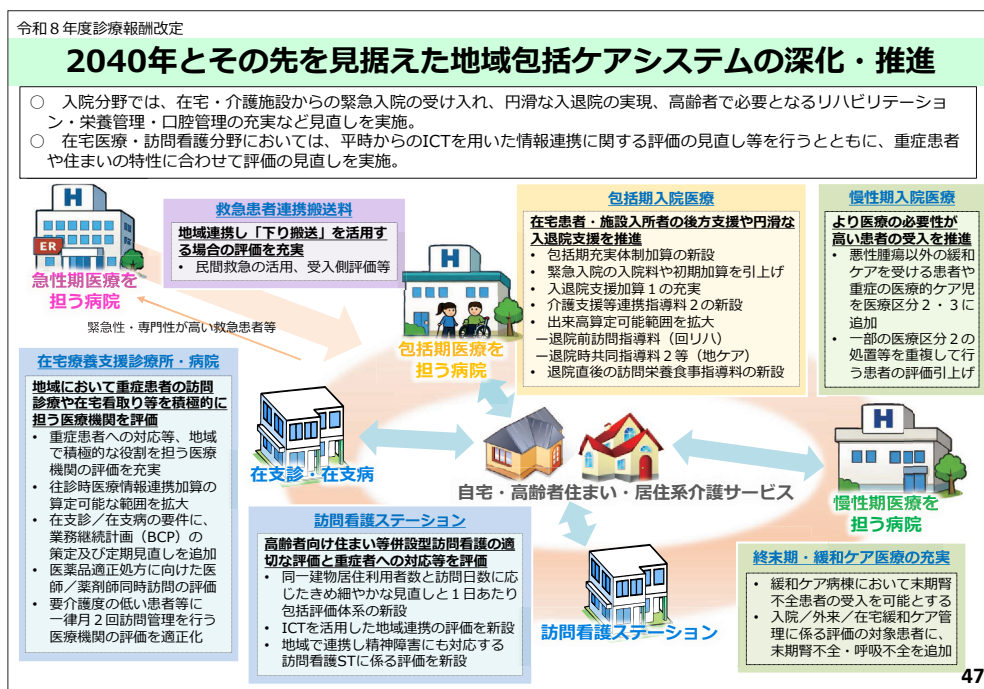


図1 後方支援機能のイメージ

在宅・施設の急変を支える中核機能と、急変前からの情報共有、包括期の制度的位置付けを示す。

上の評価動向を踏まえつつ、業務効率化や医療DXの推進による生産性向上を同時に進める必要がある。

今後の慢性期医療経営においては、「人材確保」「処遇改善」「コスト管理」「業務効率化」を一体的に捉え、診療報酬と連動した持続可能な運営体制を構築することが不可欠である。

### (3) 人手不足時代に対応した医療提供体制の再構築

少子高齢化の進行に伴い、医療・介護分野における人材不足は今後さらに深刻化することが確実視されている。特に慢性期医療は、看護職・介護職・リハビリ職など多くの人的資源に支えられており、人材確保の困難さはそのまま医療提供体制の制約につながる。

令和8年度診療報酬改定においても、こうした人手不足を前提とした制度設計が進められており、限られた人員で質の高い医療を維持するための体制整備が重要なテーマとなっている。看護補助者の活用や業務分担の見直し、タスクシフト・タスクシェアの推進は、単なる効率化ではなく、持続可能な医療体制を構築するための必須要件である。

慢性期病院においては、看護職と看護補助者、介護職、リハビリ職がそれぞれの専門性を活かしながら協働する体制を再設計し、業務の最適配分を図る

必要がある。また、夜間帯の人員配置や負担軽減策、教育体制の整備なども含め、職員が長期的に働き続けられる環境づくりが不可欠である。

さらに、医療DXの活用は人手不足への対応において大きな鍵となる。記録業務の効率化、情報共有の迅速化、業務の標準化を進めることで、医療従事者が本来のケア業務に集中できる体制を整備することが求められる。

今後の慢性期医療経営においては、「人材を増やす」だけでなく、「人材を活かす」視点が重要となる。限られた人的資源の中で最大の価値を発揮できる組織づくりこそが、地域医療を支え続けるための基盤となる。

### (4) 介護施設等との「カンファレンス(情報共有)」を、実務に合わせて要件整理し、ICT活用も許容

介護保険施設等の協力医療機関としての連携の実効性を高めるため、入所者の診療情報や急変時対応方針の共有を目的としたカンファレンス等について、施設基準・運用の整理が行われた。カンファレンスはビデオ通話可能な機器を用いた実施も可とされ、さらに一定の場合には、入退院支援加算1における連携機関カンファレンスを兼ねることも差し支えないと整理されている。

**(5) 包括期入院医療の“後方支援力”を新設加算で評価（包括期充実体制加算）**

慢性期～包括期中核となる評価として、地域包括医療病棟入院料・地域包括ケア病棟入院料に対し、在宅医療や介護保険施設の後方支援について十分な体制と実績を有する医療機関を、より手厚く評価する加算が新設された。

具体的には、許可病床数200床未満（一定地域は280床未満）で、急性期病院一般入院料等を算定する急性期病棟を有しない病院が、地域包括医療病棟または地域包括ケア病棟において、在宅・施設の後方支援体制/実績等の施設基準を満たす場合、包括期充実体制加算（1日につき80点）を算定できる。これは「包括期病棟＝単なるポストアキュート受皿」ではなく、“地域の高齢者救急と在宅・施設のバックアップを束ねる拠点”としての機能を、制度として押し出した改定である。

**(6) 地域包括ケア病棟の「初期加算」を、施設・在宅からの受入れ実態に沿って細分化**

地域包括ケア病棟入院料では、入院直後の重点対応を評価する枠組みとして、急性期病棟からの転院・転棟患者に対する加算（急性期患者支援病床初期加算）に加え、介護老人保健施設・介護医療院・特養・軽費・有料老人ホーム等または自宅からの入院患者について、患者・家族の意思決定支援を行った場合に、在宅患者支援病床初期加算として、入院日から起算して14日を限度に日額加算する枠組みが整理されている。点数は、例えば介護老人保健施設からの入院では「緊急入院」の場合をより高く評価するなど、“急変の緊急受入れ”をより強く後押しする設計となっている。

**(7) 退院支援は「療養病棟」をより高く位置付け、慢性期の退院調整機能を制度的に強化**

入退院支援の評価では、関係機関との連携や生活に配慮した支援、入院前からの支援の強化を目的として、入退院支援加算等の見直しが行われている。特に入退院支援加算1（退院時1回）は、病棟機能に応じた区分が明確化され、療養病棟入院基本料等の場合は1,300点とされている。慢性期では、退

院が「単に退院日を決める業務」ではなく、生活・介護資源調整、意思決定支援、情報連携を含むプロセスであることを前提に、評価の軸がより鮮明になったといえる。

**(8) 身体拘束の最小化は“推奨”から“基準”へ—慢性期ほど影響が大きい**

入院基本料・特定入院料に共通する枠組みとして、身体的拘束最小化の基準が明確化・新設され、体制整備や記録等が求められる。

慢性期・認知症高齢者の割合が高い病棟では、運用の影響が大きいため、チーム整備、指針の整備、記録、組織風土（原則として身体拘束を行わない）といった要件を、診療報酬上の“必須管理項目”として実装する必要がある。

**(9) 看護補助者・患者ケアの評価整理—慢性期のケア提供体制を「加算名称・運用」で整える流れ**

療養病棟入院基本料等における看護補助者関連の加算については、内容に合わせた整理が進められ、名称の見直しが示された。

慢性期病棟では、医療というより「療養生活を支えるケア」の比重が高い。そのため、ケア提供体制（看護職と看護補助者の協働、業務分担、夜間負担軽減等）を、評価体系と整合する形で整備することが、改定の流れに合致する。

**(10) リハ・栄養・口腔の“一体的推進”を日額加算で後押し—慢性期の機能維持・誤嚥予防を重視**

高齢者の生活を支えるケアの推進として、リハビリテーション・栄養管理・口腔管理を連携・推進する体制に対する評価が見直され、リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算は、日額の加算として複数区分で整理されている。

慢性期医療では、急性期の治療強度ではなく、廃用予防、栄養改善、口腔衛生・嚥下の支援が、転倒・誤嚥性肺炎・再入院の抑制に直結する。したがって、病棟として多職種連携を“標準業務”として回し、要件を満たす体制を構築することが、算定と臨床の双方で重要になる。

### (11) 療養病棟包括の「除外薬剤」等の整理—包括範囲の整合を取り、請求・運用を明確化

療養病棟入院基本料では、包括範囲に含まれる検査・投薬・注射・画像診断・処置と、包括範囲に含まれない薬剤・注射薬(除外薬剤)の整理が示された。

慢性期では包括算定の運用が日常であるため、薬剤・注射の包括/出来高の境界が曖昧なままだと、算定漏れ・誤算定・現場混乱の温床になる。改定の趣旨は、包括の透明性を高め、運用の標準化を進める点にある。

■令和8年度改定の慢性期医療におけるポイントは、(1)在宅・施設の急変を受け止める後方支援機能を、包括期病棟を中心に評価すること、(2)施設連携(カンファレンス等)と入退院支援を、実務に沿って強化すること、(3)身体拘束最小化、ケア体制、多職種連携(リハ・栄養・口腔)といった“高齢者医療の質”を、加算と基準(場合により減算)で担保すること、(4)包括算定の運用(除外薬剤等)を整理して請求の明確性を高めること、の4点に集約される。

## 7. 令和8年度診療報酬改定を見据えた桜ヶ丘病院の進化の方向性

令和8年度診療報酬改定は、医療機関がこれまでの「治す医療」から「治し、支える医療」へと不可逆的に転換していくことを明確に示した改定である。急性期偏重であった医療提供体制を見直し、生活期・慢性期・在宅医療までを含めた「地域全体で患者を支える体制」へと軸足が移された点は、2040年を見据えた医療政策の本質的变化と言える。

この流れの中で評価されるのは、病棟単位の機能ではなく、「病院全体として地域にどのような価値を提供しているか」という点である。急性期は高度医療の集約、回復期は在宅復帰支援、そして慢性期は生活機能維持と地域連携の実効性が問われる。すなわち、医療機関は“点”から“面”へとその役割を拡張し、地域包括ケアの中核としての機能を発揮することが求められている。

桜ヶ丘病院はこれまで、「生活を支える医療」「多

職種協働」「地域連携」を軸に地域医療を支えてきた。この改定は、当院が目指してきた方向性を制度的に後押しするものであり、今後は受け皿としての役割にとどまらず、地域を牽引する存在へと進化していく必要がある。

### (1) 多職種一体型医療への進化

令和8年度改定において象徴的なのが、「リハビリテーション・栄養・口腔」の三位一体管理の標準化である。高齢者医療では、多疾患併存が常態化し、疾患単位の治療のみでは生活の質や予後の改善にはつながらない。ADL、栄養状態、口腔機能は相互に影響し合い、いずれか一つが低下すれば全体の機能低下を招くため、統合的な管理が不可欠である。

当院ではこれまででもリハビリや栄養管理の充実を図ってきたが、今後はこれを“部門の取組”から“病院全体の標準機能”へと引き上げる必要がある。具体的には、入院早期からの多職種カンファレンスの実施、栄養サポートチームの積極的介入、全病棟における口腔アセスメントの定着などを推進する。また、院内におけるフレイル進行の予防や廃用症候群対策を体系化し、「治療後の生活」を見据えた医療を実践する。これにより、単なる機能維持にとどまらず、生活機能の再建・在宅復帰の質向上につながる慢性期医療の高度化を実現していく。

### (2) 身体拘束ゼロ文化の確立

身体拘束最小化は、今回の改定において最も評価差が生じる領域の一つであり、単なる制度対応ではなく、医療機関の理念や文化そのものが問われるテーマである。特に慢性期医療では、認知症やせん妄を有する患者が多く、安全確保と尊厳保持の両立が大きな課題となる。

当院では、身体拘束を「やむを得ない手段」として許容するのではなく、「原則行わない医療」を基本方針とし、組織的に取り組む体制を強化する。具体的には、定期的な委員会開催による事例検討、全職員を対象とした教育研修の継続、家族への丁寧な説明と合意形成、さらには拘束代替手段の検討と実践を徹底する。

加えて、せん妄予防や環境整備、夜間対応の見直しなど、拘束に頼らないケアの質そのものを高めることが重要である。多職種が連携し、患者一人ひとりの状態に応じたケアを提供することで、「安全」と「尊厳」を両立した医療を実現し、地域から信頼される医療機関としての価値を高めていきたい。

### (3) 地域包括ケアの“受け皿”から“牽引役”へ

令和8年度改定では、在宅や介護施設からの急変時受入れ、レスパイト入院、施設との円滑な搬送連携などが評価対象となり、慢性期病院の役割は「受け皿」から「地域を支える中核」へと明確に位置付けられた。当院はこれまで、急性期後の患者受入れや施設入所者の急変対応を担ってきたが、今後はその機能をさらに発展させ、「地域の高齢者を断らない医療」を実践する体制を構築する。具体的には、在宅医や介護施設との連携を一層強化し、日常的な情報共有や定期カンファレンスの実施を通じて、急変前から患者情報を共有する仕組みを整備する。

また、ICTの活用により、地理的制約を超えた迅速な情報連携を実現し、「急変してから対応する医療」から「急変を予測し支える医療」への転換を図る。さらに、入院から退院、在宅・施設復帰、再入院までを一体的に支える“循環型医療モデル”を確立することで、地域全体の医療の持続性と質の向上に貢献していく。

### (4) 外来機能・健診機能の再構築

慢性期病院における外来機能は、従来の「診断・治療中心の外来」から、「生活を支え、地域とつながる外来」へと役割が拡張している。特に高齢者医療では、単発的な治療ではなく、継続的な健康管理と生活支援が求められる。当院では、生活習慣病を中心とした慢性疾患の継続管理に加え、在宅医療や介護サービスへの橋渡し、退院後のフォローアップ機能を強化する。また、フレイル、低栄養、口腔機能低下といった生活機能に関わる課題に対し、多職種が連携して対応する外来体制を整備する。

さらに、健診部門との連携を強化し、「健診による早期発見」から「外来での予防介入」、そして「必要時の

入院医療」へとつながる一貫した医療提供体制を構築する。これにより、地域住民の健康寿命延伸に寄与するとともに、医療需要の適正化にも貢献していく。

### (5) 慢性期医療の“質”の可視化

令和8年度改定では、慢性期医療においてもアウトカムに基づく評価が一層強化される。これにより、医療の質は“見える化”され、医療機関ごとの差が明確になる時代に入る。当院では、ADL維持率、栄養状態の改善率、口腔機能評価の実施率、在宅復帰支援実績、身体拘束実施率、急変対応時間などの指標を体系的に整理し、定期的にモニタリングを行う。これらを単なる報告指標にとどめず、経営指標として位置付け、PDCAサイクルを回すことで継続的な改善につなげる。また、これらのデータを院内外に適切に発信することで、地域における透明性と信頼性を高めるとともに、「慢性期医療の質を担保する病院」としてのブランド確立を目指す。

令和8年度診療報酬改定は、慢性期医療に対し「地域を支える中核機能」を明確に求めた改定である。桜ヶ丘病院はこれを受動的に受け止めるのではなく、地域包括ケアの中心を担う存在として主体的に進化していきたい。

さらに、慢性期医療は終着点ではなく、「生活を支え、地域へつなぐ出発点」である。当院は、高齢者救急を支える病院として、在宅と施設を守るバックアップ病院として、そして尊厳を守る医療を実践する病院として、地域の安心を未来へとつなげていきたい。

## 8. おわりに

桜ヶ丘病院は長年にわたり、地域住民の生活を支える医療機関として役割を果たしてきた。医療制度がどのように変化しようとも、私たちが向き合うのは常に患者一人ひとりの暮らしであり、その人らしさを守る医療を提供することである。令和8年度診療報酬改定は、慢性期医療にとって新たな挑戦であると同時に、地域医療の価値を再構築する重要な機会である。

地域の安心を未来へつなぐために、持続可能な地域医療体制の構築に貢献し、これからも変化を恐れず、前向きに進化を続けていきたい。

## 超高齢社会を支える観点から、これからの看護の方向性を考える

インタビュー：秋山智弥 日本看護協会 会長

インタビュアー：矢野諭 日本慢性期医療協会 副会長



急速な高齢化が進む中、これからの看護はどうあるべきか——。特定行為研修制度の創設時から養成に尽力している矢野諭副会長が日本看護協会を訪問し、看護の未来について秋山智弥会長にお話をお伺いしました。今回のインタビューでは、急性期から在宅・慢性期へと広がる医療の在り方、人材育成と基礎教育の重要性、そして多職種連携における看護師の役割が多角的に語られました。秋山会長は、患者一人ひとりの人生や自己実現に目を向ける視点が不可欠であると強調されました。また、地域完結型医療を支えるためには、教育を通じて連続的に人材を育て、多職種の間をつなぐキーパーソンとしての看護師の力を高めていく必要があることが示されました。さらに、終末期における意思決定の揺らぎや、慢性期医療の現場で求められる対話の力にも議論が及びました。医療と生活の双方を理解する看護職が中心となり、専門性を尊重しながら協働することが医療の質を左右するとの視点も共有されました。

### ■ 看護の専門性をさらに深化させる

○矢野：日本慢性期医療協会は、療養病床、介護医療院、地域包括ケア病棟などを中心に、慢性期医療を担ってきた団体です。現在は在宅医療や介護施設も含め、高度急性期以外を広く慢性期医療と位置づけています。本日は入院医療に限らず、在宅も含めた幅広い看護の役割などをお聞かせいただきたいと思います。

○秋山：慢性期医療は、在宅や施設を含めた生活の場全体を支える領域へと拡大しています。その中で看護職が果たす役割は、医療と生活の双方を見据えた

継続的支援にあります。慢性期の現場では多職種が関与するため、看護職が調整役となり、チーム全体を機能させることが極めて重要であると考えています。

○矢野：日本が世界に例を見ない超高齢社会を迎える中で、看護の立ち位置をどのように捉えておられますでしょうか。慢性期では多職種連携の中で、看護職が中心的役割を担っています。特に、特定行為研修を修了した看護師の存在は慢性期医療に大きな変化をもたらしています。

医師との協働においても、アセスメントに基づく提案を行い、診療の質向上に寄与する姿が見られます。医師側も協働関係を構築することで、より実効

性の高いチーム医療が実現します。

慢性期医療は、多疾患併存や生活背景の複雑さに対応する領域です。そのため、総合診療的視点を共有しながら、看護職がキーパーソンとして機能することが質の高い医療提供の基盤となります。



秋山智弥氏

○秋山：私はこれまで大学病院と介護老人保健施設で勤務してきました。大学病院では整形外科を起点に、比較的在院日数の長い患者を継続して担当してきました。当時は手術前から退院後の生活再建までを一貫して支援

する体制があり、術後リハビリテーションや自宅退院支援に深く関わりました。麻痺を伴う患者や長期入院を要する患者も少なくなく、急性期にとどまらない看護の本質を学んだ経験です。

その過程で強く認識したのは、慢性期に近づくほど看護の専門性と主体性がより問われるという点です。疾患の治療のみならず、生活機能の回復、家族支援、意思決定支援までを含めた包括的視点が不可

欠であり、そこにこそ看護の役割があります。さらに老健での勤務では、医師が常時いる病院とは異なり、夜勤専従として約100名の入所者を1人で担当し、16時間にわたり安全を確保する責任を負いました。医療と生活支援が不可分である現場において、看護職が判断力と調整力を兼ね備えることの重要性を痛感しました。

これらの経験を通じ、慢性期・在宅・施設領域こそ、看護が中心的役割を果たすべき分野であると考えています。看護は単なる診療補助ではなく、生活を基盤とした医療を統合する専門職であり、その専門性をさらに深化させる必要があります。

### ■ 看護の力は記録に残らない実践にある

○矢野：看護師は診療科を自ら選択できない分、幅広い領域に対応する力が求められます。

○秋山：おっしゃる通り、看護職は特定の診療科に限定されることなく、早期から多様な患者を担当します。若手の段階から夜勤を担い、限られた人員体制の中で全身状態を総合的に把握する責任を負います。その経験の蓄積が、看護の判断力を形成します。

医師はしばしば診断や処置といった「点」で患者

## Profile

秋山智弥（あきやま ともや）

### 【学歴】

- 1992年 東京大学医学部保健学科卒業
- 1998年 東京大学大学院医学系研究科健康科学・看護学専攻修士課程修了
- 2001年 東京大学大学院医学系研究科健康科学・看護学専攻博士後期課程満期退学

### 【経歴】

- 1992年 東京大学医学部附属病院/看護師（～1996年）
- 1998年 新潟県立看護短期大学/助教授（～2002年）
- 2002年 京都大学医学部附属病院/看護師（～2004年）
- 2004年 同上/看護部長（～2007年）
- 2007年 同上/副看護部長（～2011年）
- 2011年 同上/病院長補佐・看護部長（～2017年）
- 2017年 岩手医科大学看護学部/特任教授（～2021年）
- 2017年 公益社団法人日本看護協会/副会長（～2023年）
- 2019年 一般社団法人日本看護管理学会/副理事長（～2023年）
- 2021年 名古屋大学医学部附属病院 卒後臨床研修・キャリア形成支援センター 看護キャリア支援室/室長・教授（～2025年）
- 2025年 公益社団法人日本看護協会/会長
- 2025年 名古屋大学大学院医学系研究科/客員教授



に関わりますが、その点と点をつなぎ、時間軸の中で連続的に患者を支えるのが看護です。

私自身、整形外科領域で勤務する中で、内科的合併症や全身管理について看護師が主体的に判断を求められる場面を多く経験しました。任されるからこそ責任が生じ、結果として総合的視点が養われます。疼痛や悪心などの症状緩和においても、患者の状態を最も近くで観察している看護職が、薬剤選択や対応策について具体的提案を行うことは少なくありません。

医師が包括的な指示を出し、その中で看護職が裁量をもって適切な対応を選択する。この協働関係が円滑に機能すると、患者は安定した経過をたどります。記録上は「著変なし」と記される一日であっても、その背後では綿密な観察と細やかな介入が積み重ねられています。

慢性期医療の現場では、このような総合診療的視点をもつ看護職の存在が不可欠です。

○矢野：記録に残らない場面こそ、現場では看護職の経験に支えられています。私自身も若い頃は、ベテランの看護師長に多くを教えられてきました。

○秋山：看護の力は、まさにその「記録に残らない実践」にあります。ベッドサイドで患者を継続的に観察し、わずかな変化を感じ取り、先回りして対応する。その積み重ねが暗黙知として蓄積され、組織の質を支えています。

看護職は医療的知識を基盤としながら、同時に生活者としての患者を理解します。生活背景、家族関係、価値観までを含めて総合的に捉える視点は、看護の大きな強みです。

また、現場の判断に迷いが生じた際、経験豊富な看護管理者の助言は、若手医療者にとって確かな支えとなります。

## ■ 看護職が地域医療を補完・強化

○矢野：「チーム医療」という言葉は医師の間では比較的新しい概念ですが、看護の世界では以前から実践されてきました。

○秋山：看護の領域では、早くから「チームナーシング」という概念が浸透し、役割分担と協働の重要性が共有されてきました。

慢性期医療や在宅医療では、医師、看護師、介護職、リハビリテーション職、薬剤師など、多様な専門職が連携します。その中心で患者の全体像を把握し、職種間をつなぐ存在が看護職です。チーム医療は理念ではなく、日々の実践として看護の中に根付いています。

今後の医療提供体制を考える上でも、この調整力と協働の文化をいかに発展させるかが重要であり、看護が担う責任はますます大きくなるでしょう。

私は臨床2年目の1993年に、米国ボストンのベス・イスラエル病院（ハーバード大学関連教育病院）で研修する機会を得ました。米国の病院は、いわゆるオープンホスピタル型の運営が一般的であり、地域の医師が病院施設を活用して診療を行います。そのため、病院としての医療の質を安定的に担保する中核的存在が看護職であることを強く実感しました。

そこでは、患者一人ひとりにプライマリナース（主担当看護師）が配置され、入院から退院まで一貫して看護計画を策定・実践していました。医師に主治医がいるように、看護にも明確な責任体制があり、専門職としての自律性が制度的に保障されていました。

医師と看護師は役割こそ異なりますが、目指すべき患者アウトカムは共有されています。互いの専門性を尊重し、対等なパートナーとして協働する姿勢は、私にとって看護のロールモデルとなりました。

○矢野：特定行為研修修了者とナースプラクティショナー（NP）の違いについて、整理が十分でない面もあります。

○秋山：両者は役割の位置づけが異なります。特定行為研修修了者は、医師の包括的指示のもとで一定の医行為を実施できる制度であり、あくまでジェネラリストとしての看護基盤の上に機能を拡張する仕組みです。一方、ナースプラクティショナーは、より高度な教育課程を経て、プライマリーケアを主体的に担う実践者です。諸外国では一般的に一定範囲内での診断補助や処方、処置を行い、医師のスーパービジョンのもとで自律的に活動します。

両者の違いは、権限の範囲や実践の前提条件にあります。いずれも地域医療を支える重要な存在です。とりわけ今後、開業医の高齢化や診療所の閉鎖

が進む地域では、遠隔医療を含めた医師との連携体制を構築しながら、看護職が地域における医療提供機能を補完・強化していくことが求められます。

住民が住み慣れた地域で療養を継続するためには、医師と看護職が機能的に役割分担し、持続可能なチーム医療モデルを構築することが不可欠です。特定行為研修修了者やNPの活用は、その一つの具体的方策であると考えています。

### ■ 生涯を通じて患者を支える視点

○矢野：近年、「治す医療」から「治し支える医療」へという表現が用いられるようになりました。高度急性期医療の重要性は変わりませんが、超高齢社会においては、慢性期の視点が不可欠だと感じています。

○秋山：医療はこれまで、疾患を「治す」ことに主眼が置かれてきました。しかし、人生100年時代と言われる現在、慢性疾患や多疾患併存を抱えながら生活する高齢者を、いかに支え続けるかが問われています。

慢性期医療では、疾患のコントロールと同時に、生涯を通じて患者を支える視点は、生活の場に根ざした医療を実践することが重要です。

○矢野：私自身、外科から慢性期医療へ転じて約20年になりますが、当初は発想の転換に時間を要しました。技術面よりも、考え方の転換が難しかったと感じています。

○秋山：医療者にとって、価値観の転換は容易ではありません。しかし、患者の声に耳を傾ける姿勢こそが、医療の質を高めます。現場では、患者が医師に直接言いにくい思いを、看護職に打ち明ける場面が少なくありません。24時間にわたり患者を継続的に観察している看護職は、身体的変化のみならず、心理的・社会的側面まで把握しています。

チーム医療が機能するためには、専門職間の相互尊重が前提となります。医師、看護師、介護職、リハビリテーション職などが対等に意見を交わし、患者中心の医療を構築することが求められます。その中で、患者と最も長く接する看護職の役割は極めて重要であり、生活を軸にした医療の実現に向けて、今後さらに専門性を発揮していく必要があるでしょう。

### ■ 医療介護連携を円滑化する看護の専門性

○矢野：回復期や慢性期の医療は、高度急性期病院と常に密接に連携しています。救命救急の現場では、一定の治療目標が達成された段階で速やかに回復期へ移行する体制が不可欠です。この役割分担が、双方にとって合理的だと考えています。医療・介護連携を円滑に進めるために、看護の専門的な役割や責任について、どのようにお考えでしょうか。

○秋山：急性期から回復期への円滑な移行は、患者の予後を左右する重要なプロセスです。救命救急では、生命の維持を最優先に迅速な判断と処置が求められます。一方で、その段階から回復を見据えた視点を持つことが、質の高い医療につながります。

たとえば栄養管理や早期リハビリテーションは、急性期においても極めて重要です。重症患者や大規模手術後の患者では、一時的に栄養状態が悪化しやすく、筋力低下や廃用症候群のリスクも高まります。早期から多職種が介入し、栄養評価や機能回復支援を開始することで、回復期への移行後の負担は大きく軽減されます。

急性期、回復期、慢性期が分断されるのではなく、一つの連続したプロセスとして設計されることが重要です。

さらに将来的には、発症以前の段階からの予防的関与がより重要になります。高齢者のフレイル予防、栄養状態の維持、地域での健康支援など、日常生活に近い場所での継続的な支援体制を整えば、急性期医療への過度な集中を抑制することにもつながります。

### ■ 日常的に情報を共有し、協働する関係性を

○矢野：急性期と慢性期の役割分担が明確になったことは、大きな前進だと感じています。かつては慢性期医療への理解が十分でない時期もありましたが、現在は急性期の医師もその重要性を共有されています。

回復期から在宅・施設へと円滑に移行するためには、訪問看護の充実が不可欠です。特定行為研修を

修了した看護師が在宅で活躍することで、尿路感染症への対応や血糖コントロールなど、一定の医療的処置を現場で完結できる場面が増えています。一方で、手順書作成などにおいて、地域の開業医の協力が十分とはいえない地域もあります。医師と看護職がより密接に連携できれば、在宅医療の質はさらに向上するはずです。

施設においても医療依存度の高い入所者が増加しています。異常の早期発見や適切な初期対応を看護職が担うことで、必要時には迅速に医療機関へつなぐことが可能となります。医師が常駐していない現場において、看護職の判断力と実践力は大きな支えです。

○秋山：地域医療を持続可能な形で支えていくためには、特定の医師や特定の職種に過度な負担が集中しない連携体制を構築することが重要です。病院、診療所、訪問看護ステーションが日常的に情報を共有し、互いの役割を理解したうえで協働する関係性が不可欠です。

特定行為研修を修了した看護師は、制度上、包括的指示のもとで医行為を実施する実践者です。その実施にあたっては当然、専門職としての判断責任が伴います。看護職自身もその責任を十分に自覚しており、適切な臨床判断と倫理的配慮のもとで実践を重ねています。

信頼関係は一朝一夕に築かれるものではありません。地域の医師が安心して業務を委ねるようになるためには、日々の実践を通じた成功体験の積み重ねが重要です。実績が可視化され、患者アウトカムの改善が示されれば、協働はより円滑になります。

とりわけ在宅医療の現場では、患者と家族が「最期まで自宅で過ごせた」と実感できることが大きな満足につながります。その過程を支えた看護職にとっても、それは専門職としての誇りであり、看護の本質的価値を体現する経験です。日常の中で予測的に関わり、穏やかな経過を支えることができれば、本人・家族双方の安心感は格段に高まります。

急性期病院では医師や多くの専門職が常時近くにいますが、在宅に移行するほど、看護職が単独で判断する場面は増えます。そのため、より高度な臨床推論能力と総合的判断力が求められます。在宅はむ

しろ高度な専門性が要求される領域です。

この視点に立てば、在宅医療や慢性期医療は、看護職の専門性を深化させる重要な実践の場といえます。

長期療養の中で、患者が「今日もよい1日だった」と感じられるよう支援すること。それは決して抽象的な理念ではなく、日々の細やかな観察と関わりの積み重ねの結果です。朝目覚めたときに安心があり、夜眠るときに穏やかさがある。その1日を支えることこそ、超高齢社会における看護の使命であるでしょう。

## ■ 看護教育は実習ベースで生活の視点を



矢野諭氏

○矢野：看護教育は、入学当初から「療養上の世話」と「診療の補助」という2つの柱を基盤に展開されます。私はこれを、しばしば「サイエンスとアートの統合」と表現しています。

一昨年、当会主催の学会において「サイエンス・アートの調和と統合」をテーマに掲げ、学会長を務めました。その際、貴会副会長の山本則子先生と対談の機会をいただき、看護実践における科学性と専門的直観の意義について議論いたしました。

統計学的根拠に基づく科学性は当然重要ですが、個々の症例に深く向き合い、その意味を言語化する力もまた高度な専門性です。患者は一人ひとり異なります。その個性性を尊重しながら実践を積み重ねる点において、看護教育は独自のバランスを備えていると考えています。

○秋山：医療において重要なのは、部分の総和として患者を理解するのではなく、まず全体像を把握することであると考えています。身体の一部の機能や検査データのみを積み上げても、その人の生活や価値観までは見えてきません。

科学的アプローチは基礎から段階的に積み上げる構造をとりますが、その過程で患者を生活者として捉える視点が後景に退いてしまう危険性がありま

す。しかし実際の臨床では、疾患のみならず、生活背景、家族関係、社会的資源、さらには本人の人生観までを含めて判断する必要があります。

看護教育においては、こうした全体を見る視点を早期から育成することが不可欠です。私は、実習を通じて生活の場で患者と向き合う経験をより重視すべきだと考えています。教室内での知識習得のみでは、生活と医療の接点を十分に理解することはできません。実習ベースの教育をやらなければいけないと痛感しています。

たとえば、在宅療養中の高齢者の一日を観察することで、服薬管理の困難さや家族の介護負担、住環境の課題が具体的に見えてきます。そこから初めて、医療的介入の意味が立体的に理解されます。

患者を「疾患の集合」としてではなく、「生活を営む主体」として捉える姿勢こそが、超高齢社会における看護の基盤です。その視点を教育段階から意識的に涵養することが、将来の医療の質を左右すると考えています。

### ■ 診断名が同じでも患者によって異なる

○矢野：近年は医学部でも研修医が療養病棟や回復期リハビリテーション病棟を経験する機会が増え、「これまでイメージしていなかった医療だ」と驚く声も聞かれます。

医学教育は理系科目を重視する傾向が強く、人文・社会科学に十分触れないまま臨床に出る場合も少なくありません。医師として成長する過程では、むしろ人文・社会的視点の重要性を痛感します。

入学後にいかに幅広い視野を養うかが、医療者としての成熟を左右すると感じています。

○秋山：同じ「糖尿病」という診断名であっても、患者一人ひとりにとっての意味は異なります。血糖値という指標だけを見て管理目標を設定するのではなく、その人の生活、仕事、食習慣、家族状況、併存疾患、価値観までを踏まえて支援する必要があります。

たとえば独居の高齢者であれば、食事の準備や服薬管理が困難な場合があります。就労世代であれば、勤務形態や外食の頻度が治療継続に影響します。認知機能の低下や抑うつ併存があれば、自己管理そ

のものが負担となり得ます。同じ治療方針を一律に当てはめても、生活の実態に合致しなければ継続は困難です。

看護職は、疾患の一般論を知るだけでなく、「Aさんにとっての糖尿病」「Bさんにとっての糖尿病」という視点をもつことは、まさに患者中心の医療を実現する基盤です。

超高齢社会においては、治療の目的は単に数値を整えることではなく、その人が望む生活を可能な限り維持することにあります。そのために、医師の診断と治療方針に加え、看護職が生活全体を見渡し、本人と家族が実行可能な形へ落とし込む役割が一層重要になります。疾患名ではなく「人」を起点に支援を組み立てる。この姿勢こそが、これからの看護に求められる核心であると考えています。

○矢野：近年の若い医師は、研修制度の整備もあって、基礎的な臨床能力が着実に向上していると感じます。当直体制においても以前に比べて安定した診療が行われています。

○秋山：医療者の成長において最も重要なのは、実際の患者と向き合う経験の質と量であると考えます。患者の語りを聴き、身体に触れ、生活背景を理解する経験の積み重ねこそが、臨床家としての成熟を促します。臨床研修で複数の診療科を回ることには大きな意義がありますが、重要なのは単に症例数を重ねることではなく、一人ひとりの患者から何を学び取るかという姿勢です。

### ■ 「のりしろ」を担う人材を育成する

○矢野：看護の専門性を高めていくために、今後どのようなキャリアアップが重要になるとお考えでしょうか。

○秋山：知識や技術の習得のみに偏ると、患者を全体として捉える視点が弱くなる危険性があります。疾患の理解、検査値の解釈、治療手技の習得は重要ですが、それらは患者の生活や価値観の中で位置づけられて初めて意味を持ちます。

大学病院では、臨床、教育、研究という3つの使命を同時に担います。その中で、研究成果を臨床に還元し、臨床の課題を教育へ反映させる循環をいか

に構築するかが問われます。

とりわけ超高齢社会においては、臨床能力のみならず、人文・社会的視点を含めた総合的判断力が求められます。医療者教育は、科学的根拠と人間理解の双方を統合する方向へ進化していく必要があります。

現在、医療提供体制は機能分化が進み、それぞれの役割が明確化されています。効率化は不可欠ですが、一方で、専門領域が細分化されることにより、視野が狭くなる危険性もあります。

看護職が特定の機能のみを経験している場合、急性期のことは理解できても、回復期や在宅の実情を十分に知らないという状況が生じ得ます。その結果、患者を次のステージへ円滑に引き継ぐ力が弱まることを、私は強く危惧しています。

京都大学病院で看護部長を務めていた際、2015年に基金を活用してキャリアパス支援センターを設置しました。大学病院と訪問看護ステーションなど異なる機能をもつ施設間で人事交流を行い、看護職が相互に現場を経験できる仕組みを整備しました。この取り組みは、看護の視野を大きく広げる効果がありました。

たとえば、大学病院の血液内科では、治療継続を強く望む患者が多く、終末期医療への移行は容易ではありません。そのような場面で、ホスピスや在宅医療を実際に経験した看護師がいると、患者の思いを尊重しながら、適切に情報を伝えることが可能になります。

また、訪問看護を理解している看護師は、在宅側がどのような情報を必要としているかを把握しています。単に入院中の経過を列挙するのではなく、退院後の生活に直結する課題を整理し、実践的な情報を提供できます。

看護は本来、患者を時間軸で連続的に捉える専門職ですが、機能分化が進む中で、その連続性が分断される可能性があります。そこで必要となるのが、異なる機能同士をつなぐ「のりしろ」の存在です。

急性期と回復期、回復期と在宅といった領域の境界に立ち、双方を理解しながら橋渡しを行う看護職、つまり「のりしろ」を担う人材を育成することが、超高齢社会における看護の大きな課題であり、同時に可能性でもあると考えています。

○矢野：なるほど。今後の医療を考えるうえで、重

要な視点ですね。

## ■ 看護の「アート」は個別性に応じた調整力

○矢野：超高齢社会の中で、秋山会長が思い描かれる「これからの看護の姿」についてお聞かせください。

○秋山：2040年を見据えた医療提供体制を考えると、看護職はまさに連携のキーパーソンとして、急性期から回復期、慢性期、在宅へと至る一連の流れの中で、患者の状況と意向を継続的に把握し、関係職種間を調整する役割が求められます。

同時に、超高齢社会では「どこまで治療を行うのか」という問いが、より日常的な課題となります。100歳であっても心身ともに自立し、治療によって生活の質が向上し得る場合には、積極的治療が適切な選択となることもあります。一方で、重度の認知症や多臓器不全を抱え、日常生活動作が著しく制限されている場合には、侵襲的治療の適応を慎重に検討する必要があります。

その判断には、患者本人がどのような人生観を持ち、何を大切にしてきたのか、家族はどのような思いを抱いているのかを丁寧に聴き取ることが不可欠です。ここに、看護職の倫理的感受性と対話力が発揮されます。

私は、こうした意思決定支援の場面においてこそ、人文・社会科学的素養の重要性が浮き彫りになると考えています。医学的合理性だけでは捉えきれない「その人らしさ」や「尊厳」といった概念を理解するためには、哲学、倫理学、社会学などの視点が必要です。治療の選択は、生命の長さのみならず、その質をどう考えるかという価値判断を伴います。看護職は患者に最も近い立場で、その思いを言語化し、医療チームに共有する役割を担います。その意味で、連携のキーパーソンであると同時に、意思決定の調整役でもあるのです。

2040年に向けて求められるのは、専門的知識と高度な臨床判断力に加え、倫理的洞察力と対話能力を兼ね備えた看護職です。その育成こそが、これからの医療の質を左右すると考えています。

○矢野：看護の「アート」の部分で、第三者にも分

かる形で伝えることは難しい課題ですね。

○秋山：おっしゃる通りです。看護の実践は、直接的なケアの中では明確に伝わりますが、それを言語化し、体系的に共有することは容易ではありません。看護には科学的根拠に基づく側面と同時に、患者の表情や沈黙、わずかな変化を読み取る感受性といった、経験に裏打ちされた実践知が含まれています。

医療におけるガイドラインは重要ですが、実際の臨床では、患者の個別性に応じて柔軟な対応が求められます。看護の「アート」とは、まさにその個別性に応じた調整力であり、標準化だけでは捉えきれない領域です。

この実践知を次世代へ継承するためには、経験を語り合い、事例を共有し、なぜその判断に至ったのかを振り返る機会が不可欠です。近年、ナラティブ・アプローチや「看護を語る場」を通じて、実践の意味を言語化し共有する試みが広がっています。

### ■ 一人ひとりの願いに寄り添える看護

○矢野：終末期医療において、普段は延命治療を望まないと話していても、いざ苦しくなれば「何とかしてほしい」と気持ちが変わることもあります。実際、回復される方もいれば、そうでない方もおられ、その都度判断が求められます。

また、血圧管理のように統計で示せる医療であっても、その数字をどう受け止めるかは人それぞれです。医療はサイエンスに基づきますが、最終的な意思決定は数値だけでは導けません。患者さん一人ひとりの価値観を踏まえ、対話を重ねることが何より重要だと考えます。

○秋山：最終的に問われるのは、「その人がどう生きたいのか」という一点に尽きるのだと思います。

例えば、同じ診断名であっても、家族との時間を何より大切にしてきた方と、仕事に誇りを持って生きてこられた方では、選択の重みづけが異なります。延命を最優先に考える方もいれば、生活の質を重視し、できる限り自宅で穏やかに過ごすことを望まれる方もいます。その違いは、疾患そのものではなく、その人の人生の物語から生まれてくると思います。

治療の是非は、医学的適応だけで決まるものでは

ありません。だからこそ、医療者には、病状を説明するだけでなく、人生に耳を傾ける姿勢が求められます。そうした語りに丁寧に向き合うことが、真の意味での意思決定支援につながります。

### ■ 地域の中でスタッフを育て、補完し合う

○矢野：私はここまで多くの方が長生きする時代になるとは、正直思っておりませんでした。

そうした中で、在宅や居住系施設での看取りの在り方が重要になっています。特養でも看取りは進んでいますが、夜間に医師や看護師が常駐していないことも多く、急変時には介護職が大きな不安やプレッシャーを抱えているのが現状です。

○秋山：京都府の事業に携わった際、強く実感したことがあります。それは、医療提供体制を「病院完結型」から「地域完結型」へと転換するのであれば、人材の育成や確保の仕組みもまた、同じ発想で再構築しなければならないということです。

これまでのように、1つの病院の中で教育も研修も完結させるという考え方では、地域全体を支える人材は育ちません。就職後の継続教育、すなわち現任教育も含めて、地域全体で支える視点が不可欠です。医療機関同士はもちろん、介護施設や訪問看護ステーションなどとも連携し、地域の中でスタッフを育て合う。そして、ある機能が不足すれば互いに補完し合う。そのような横断的な人材循環の仕組みこそ、これからの地域医療には絶対に必要だと感じています。地域で患者さんを支えるのであれば、地域で人を育てる。その発想への転換が、今後ますます重要になるのではないのでしょうか。

### ■ 連続的に成長できる育成モデルを確立する

○矢野：専門性を高めるためのキャリアアップについては、特定行為研修や認定看護師、専門看護師制度など、さまざまな取り組みが進められています。今後、さらに必要とされる新しい教育の方向性があれば、お聞かせください。

○秋山：新しい研修を積み上げるというよりも、むしろ今、改めて重視すべきは基礎教育の充実だと感

じています。高度化・専門化を進める前に、看護職としての土台をどれだけ確かなものにできるかが、これからの質を左右します。

近年、受験者数の減少とともに、教育現場では育成の難しさが指摘されています。実際、教育期間の差が臨床適応力に影響していることは否めません。倫理的感受性や教養、対話力といった、臨床で不可欠な力を養うには、やはり大学での4年制教育を基盤とする体制が望ましいと考えます。

現在、看護系大学は300校を超えました。社会的ニーズも大学教育へと移行しています。人口減少、とりわけ18歳人口の減少が進む中で、いかに質を担保しつつ人材を確保するかが重要です。同時に、「辞めない仕組み」を整えることが不可欠です。短時間勤務や多様な働き方を含め、地域全体で看護職が継続して働ける環境を構築する必要があります。

基礎教育を一定水準の大学教育に一本化し、卒業時のコンピテンシーを明確にしたうえで、学生から新人看護師への移行を滑らかにする。最終学年と1年目教育の断絶を埋め、連続的に成長できる育成モデルを確立することが、今まさに求められている課題だと考えています。

## ■サイエンスとアートの中で対話を続ける

○矢野：特定行為研修における共通科目、とりわけ臨床薬理学や臨床病態生理学などのサイエンス領域に対して、苦手意識を持つ受講者が少なくありません。フィジカルアセスメントは比較的意識が高いものの、理論科目になると理解が十分に追いついていない印象があります。教科書や教材は整備されているものの、時間数が限られており、内容を十分に消化できていないのが実情です。

しかし、医師の信頼を得るためには、根拠に基づいた説明が不可欠です。そのためには、日頃から共通言語で議論できる基盤を養う必要があります。

○秋山：私が一貫して大切にしてきたのは、サイエンスとアート、その両方の力を備えることです。合理的に考え、根拠に基づいて判断できる力と、目の前の患者さんに人として向き合い、その人らしさに寄り添う力。そのどちらか一方に偏るのではなく、

両立させ続けることが、看護の本質だと考えています。

サイエンスは、病態を理解し、治療の妥当性を判断し、説明責任を果たすための基盤です。一方、アートは、その人の語りに耳を傾け、言葉にならない思いをくみ取り、関係性を築く力です。この二つは本来は重なり合うものですが、実践の中で両立させることは決して容易ではありません。

○矢野：理論と実践、あるいはサイエンスとアートというテーマは昔から語られてきましたが、実際に両立させるのは簡単ではありません。

○秋山：だからこそ、多職種カンファレンスの場が重要になります。看護職が自らの専門性を明確な言葉で伝え、同時に他職種の視点や専門用語を理解する。その相互理解の積み重ねが、チーム医療の質を高めます。

看護が担うのは、患者さんの生活や価値観を踏まえた視点を提示し、医療的判断と生活の現実をつなぐ役割です。そのためには、自分の専門性を語る力と、多職種の言語を翻訳する力の両方が必要です。これは一朝一夕に身につくものではなく、意識的な訓練と経験の積み重ねによって育まれます。サイエンスとアートを往復しながら、多職種の中で対話を重ね続けること。それこそが、これからの看護に求められる姿勢だと感じています。

## ■継続的なトレーニングが成長を左右する

○矢野：特定行為研修を修了した後も、継続的なフォローアップ研修や現場での定期的な学習機会が重要だと感じています。

ただ、理論的に病態を説明する力には個人差があります。最終的に問われるのは、経験を積みながら、病態を根拠立てて説明できる力をどれだけ養えるかという点です。

○秋山：現在は退職しておりますが、2021年から名古屋大学病院で現任教育、とりわけ看護管理者教育に携わってまいりました。主に若手の管理者を対象に、マネジメントの基礎から応用までを体系的に学ぶ機会を提供しています。

臨床の第一線で活躍してきた看護師が管理職になると、求められる力は大きく変わります。人員配置や予算管理、業務改善、組織運営など、数字を読み、構造を理解し、概念化しながら意思決定を行う力が不可欠になります。いわば「ソロバン」と「思考力」の両方が必要になるのです。

多くの管理者が最初は論理的思考や数値管理の壁に直面します。しかし、継続的なトレーニングを重ねることで、確実に力は伸びていきます。看護の現場で培った経験に論理的整理力と分析力が加わることで、組織全体を俯瞰する視点が育まれます。結局のところ、能力の差というよりも、トレーニングの積み重ねが成長を左右するのだと実感しています。

○矢野：当会で特定行為研修を開始した当初は、主任や副部長クラスが受講者の多くを占めました。現在、管理職が担う業務は多岐にわたり、看護部長になると研修参加は難しい状況です。その分、実習指導や症例検討などを通じて支援していますが、管理職の負担は非常に大きいのが現実です。

○秋山：例えば、週4日は看護部長として組織運営に携わり、残り1日は在宅現場で特定行為を実践するなど、多様な働き方があってもよいのではないのでしょうか。管理と実践を往復することで、現場感覚を失わずに組織を導くことができますし、制度と実践をつなぐ存在にもなり得ます。

○矢野：当会としては、看護師をしっかりと育て、チーム医療を充実させることを一貫して目標にしてきました。特定行為の研修修了者も300人を超えましたが、指導者は限られており、次世代の育成も課題です。

医療は多職種が関わる中で、看護師が調整役となることで、チーム全体の機能が大きく変わります。実際、特定行為研修を受けた看護師がいることで、医師と薬剤師の連携も円滑になり、患者の利益につながっています。看護師はまさにキーパーソンです。急性期でも慢性期でも、在宅でも施設でも、その役割は変わりません。

### ■アプローチの違いを尊重できる関係性を

○矢野：看護師はもともと学習意欲の高い方が多く、

その姿勢には本当に感心しています。慢性期の現場も決して余裕があるわけではありませんが、学ぶべきことは尽きません。

私たち医師は最終的な責任を負う立場ですが、日々の患者さんの変化を最も近くで見ているのは看護師であり、他職種でもあります。薬剤師や栄養士なども含め、現場からの提案や相談はますます重要になっています。多職種が率直に意見を出し合える環境こそが、質の高いチーム医療につながると考えています。

○秋山：先生のお話を伺いながら、私自身の原点を思い出しておりました。実は子どもの頃、かかりつけ医の先生に憧れ、医学部を目指していた時期があります。しかし大学で看護を学ぶ中で、在宅医療に携わっておられたその医師が、単に「治療を行う医師」であるだけでなく、同時に「看護の心」を持った存在であったことに気づきました。その瞬間、私の中で医療の見え方が大きく変わったのです。

医学が発展すればするほど、医師には高度な専門知識や技術が求められます。新しい治療法を熟知し、精緻な手術を行うことは、確かに重要な資質です。しかしその一方で、患者さん一人ひとりと丁寧に向き合う時間は、どうしても限られていきます。だからこそ、看護職の役割がいっそう重要になるのだと思います。医療の進歩によって生じる「距離」を埋め、患者さんの思いや生活背景を受け止め、医師と患者さんをつなぐ存在であること。それが、私の考える看護師像です。

私は常に、「もし自分が医師であったなら、どのような看護師と共に働きたいか」と自問してきました。専門的知識を持ち、論理的に議論できる力を備えながら、同時に患者さんの人生に寄り添える人。そのようなパートナーがいることで、医療はより豊かで、より温かなものになります。医師と看護師はアプローチの仕方が異なるだけで、目指す先は同じ。最終的に患者さんが「この医療を受けてよかった」と感じられること、それが何より大切です。互いの専門性を尊重し合い、違いを強みとして生かす。リスペクトし合う関係性の中から、本当に質の高い医療が生まれると私は信じています。

## ■ 慢性期医療の実践を発信し続けてほしい

○矢野：最後に、慢性期医療に携わる医師、看護師、介護職をはじめとする現場スタッフへ、これからの看護の在り方も含めて、秋山会長からメッセージをお願いいたします。

○秋山：これまで看護職の多くは病院、特に急性期医療の現場で働いてきました。そのため、どうしても「命を守る」「生理的ニーズを優先する」という発想が看護の中心にあり続けてきたのだと思います。看護教育でも、マズローのニード論に象徴されるように、生理的欲求や安全の確保を土台とする考え方が強調されてきました。

もちろん、それは極めて重要です。しかし、慢性期や在宅の現場に立つと、「命があること」だけでは語り尽くせない現実に直面します。たとえ病状が不安定であっても、その人はその人なりの価値観を持ち、尊厳を持ち、「自分らしく生きたい」という願いを抱いています。急性期であっても、自己実現の軸は決して消えるものではありません。

一方で、介護や福祉の領域では、生活や自己実現の視点が出発点になります。そのため、退院調整や合同カンファレンスの場で、医療側と福祉側の優先順位がすれ違うことがあります。しかしそれは視点の違いに過ぎません。

医療の知識と生活の視点、その両方を理解しているのが看護職です。だからこそ、急性期から慢性期、在宅までを貫く「自己実現を中心に据えた対話」をリードできる存在にならなければなりません。慢性期や在宅の現場こそ、看護の真価が問われる場所です。長い時間をともにし、その人の人生の一部に深く関わる。その営みは決して派手ではありませんが、極めて本質的で、尊い仕事です。

看護は本当に素晴らしい専門職です。誇りを持ち、機能や立場を越えて対話を続けながら、それぞれの現場で力を発揮していただきたい。そして、慢性期医療を支える皆さまの実践を、ぜひ社会に向けて発信し続けてください。そこにこそ、これからの医療の希望があると私は信じています。

○矢野：先ほどの「自己実現」というお話は、非常に心に残りました。ナイチンゲールもまた、まさにサイエンスとアートを体現した存在でした。一般には「白衣の天使」や「ランプの貴婦人」といった献身的なイメージが強調されがちですが、実際には統計学の先駆者でもあります。クリミア戦争時、院内死亡率を42%から2%へと大幅に改善したのは、徹底したデータ分析と環境改善の実践によるものでした。いわば臨床指標の先駆けともいえる取り組みです。

科学的根拠に基づきながら、人に寄り添う。その統合こそが、ナイチンゲールの時代から続く看護の本質なのだと、改めて感じました。

○秋山：ナイチンゲールは、看護とは何かという定義を最初から明確に示していたわけではありません。しかし、どうすれば患者がより良くなるのか、そのために何が必要なのかという本質は理解していたのだと思います。感性だけでも、善意だけでも医療は成り立ちません。患者の回復に資する行為を再現可能なものとし、誰もが一定水準で実践できるようにする。そのために教育とトレーニングが必要であるという考え方こそ、近代看護の出発点だと思います。

私たちもまた、その原点に立ち返る必要があるのではないのでしょうか。患者さんがよりよく生きるために、何ができるのか。その問いを持ち続け、科学的根拠と人間理解の双方を磨き続けることが、これからの看護に求められています。ナイチンゲールが切り開いた道を現代の私たちがどう発展させていくのか。その責任と可能性を胸に、これからも頑張りたいと思います。

○矢野：本日はお時間を賜り、貴重なお話をいただき誠にありがとうございました。



対談を終えて (左) 秋山智弥氏、(右) 矢野諭氏

## 身体拘束最小化を目指して

社会医療法人恒貴会 協和南病院（茨城県筑西市）

医師 小笠原正彦 看護師 服部圭子

リハビリテーション科副主任 作業療法士 畠山涼

### 1. はじめに

茨城県西部に位置し、筑波山を望む自然豊かな田園都市であるわが町「筑西市」は、梨やこだますいか、米作りなどの農業が盛んであるとともに、下館祇園祭、どすこいペア、小栗判官まつりなど、1年を通してイベント色豊かな町でもある。総人口約9.6万人に対し、高齢者人口は3.2万人にのぼり、全体の約33%が65歳以上を占めている。高齢者人口の増加は、入院患者の高齢化率にも影響し、わが療養型施設「協和南病院」の患者層も、平均年齢80歳と後期高齢化に突入している。

認知症患者の割合もまた急増する中、令和6年度診療報酬改定では「身体拘束の最小化」が全病棟で義務化となり、その体制づくりが重要課題となった。一方で、全日本病院協会の調査によると、病棟・施設全体で65.9%の機関が「身体拘束ゼロ」をいまだ達成できていないとの報告もある。安全な治療を提供する上で、この課題への取り組みは容易ではなく、当院の職員も多くの葛藤を抱えながら日々患者のケアにあたっている。

今回の改定を機に「身体拘束」というテーマについて、もう一度深く考える機会を作り、病院一丸と

なって向き合ってみた。約8か月間の取り組みを経て、改めてこの課題の難しさを実感するとともに、患者との関わりの中で「尊厳を守る」ことの大切さを、職員1人1人が再認識する機会にもなった。ここに、取り組みで得たこと、その過程での職員の意識変化について述べ、今後の医療現場の発展につながっていくことを望む。

### 2. 当院紹介

当院が属する社会医療法人恒貴会は、急性期病院をはじめ、長期療養を目的とする慢性期病院、高齢者の自立支援を行う介護老人保健施設、訪問診療・訪問看護等、多数の施設が関連し、あらゆる側面から地域の医療・介護を支援する。慢性期医療を担う「協和南病院」は、病床数109床を有し、急性期治療を終え、自宅退院の難しい最重症の患者が多く療養している。人工呼吸器装着、中心静脈栄養管理、重度認知症、神経難病等、長期にわたり治療・介護を必要とする患者に対し「患者様の立場に立った医療」を理念に、穏やかな終末期を過ごしていただけるよう、ケアに励んでいる。

当院の身体拘束に関するこれまでの取り組みは、委員構成の不十分さや、評価基準の曖昧さから、う



写真1 筑波山 田園豊かな筑西市



写真2 社会医療法人恒貴会 協和南病院

まく機能を果たせていなかったのが実態にあった。重症患者が多く入院する中、治療上、カテーテル・チューブ類の挿入が必要な患者は全体の82%を占め、安全面を考慮し身体拘束をせざるを得ない割合は46%にも及んだ。その中には「拘束具の二重付け」や「常時拘束」の患者が多く、評価の不十分さが明確であった。拘束解除率も0%が続いており、毎月行われていたカンファレンスのやり方にも、早急な見直しが必要であった。

### 3. 意識調査

取り組むにあたってまず、実際の現場で患者と接する職員が、身体拘束に対してどんな思いを抱いているかを調査した。

身体拘束に関しては、全体の9割の職員が「安全面を考慮すると抑制せざるを得ない場合もある」と回答した。身体拘束を減らす取り組みに関しては「拘束を減らした際、見守るには職員が足りない」「患者の身に何かあったらと思うと怖い」といった不安な声が多く聞かれた。さらに「危険行為があり、やむを得ず拘束した後、その拘束具をどうしたか?」という質問に対し、半数以上の職員が「そのまま拘束が続いていると思う」と回答した。「患者の行動を注意深く観察し、抑制を外した」と答えた職員はわずか1割程度であった。

調査の結果からは、患者の安全と尊厳の間で葛藤を抱える職員の思いに加え、「怖い」「不安だ」という心理がみえてきた。患者の予測できない危険行為への「予防線」として身体拘束が当たり前のように選択され、評価基準の不十分さも相まって、拘束解除の機会を遠ざけていた。拘束を減らしていくには、職員1人1人への身体拘束への意識づけが大きな課題となることが推測された。

### 4. 最小化への取り組み

令和6年11月、委員会を再編成するところから始まった。委員構成を医師・看護師・介護士・リハビリスタッフと増員し、多職種で話し合いを重ねた。問題点として、評価基準の不十分さや検討する機会の少なさが挙げられた。それらに対し、指針やマニ

アルの見直し、フローチャートの作成を行い、検討するタイミングの時間軸を構築した。

#### (1) 病棟カンファレンス

前提として、身体拘束を実施している患者の日中・夜間の行動をよく観察し、詳細に記録していくことを徹底した。何がきっかけで不穏行動につながるのか、どうして掻きむしってしまうのか、ルート類に手を伸ばしてしまうのはどうしてか。日々の経過記録を基に、患者の行動を予測し解決方法を話し合った。カンファレンスは各病棟、出席できる職員全員が集まり、意見を出し合った。拘束の解除時間を決めていく際には、「9時～11時」「9時～13時」「13時～15時」等、短時間から段階を踏むことで、職員の不安な気持ちを解消し抵抗なく取り組めるように努めた。



写真3 カンファレンスの様子

#### (2) 拘束ラウンドの実施

月2回、委員が集まり患者のベッドサイドにて、実際の環境下で、身体的評価や行動予測を話し合い、解除に向け検討する時間を設けた。①看護師…病棟カンファレンスで出た意見や患者の病態、ルート類の報告。②介護士…1日を通して、不穏行動がどの時間帯に多く出てしまうかを報告。③リハビリスタッフ…身体的評価として、基本動作の自立度や上肢のリーチ範囲・操作性を報告。多職種それぞれの視点から意見交換を行った。



写真4 ラウンドの様子

### (3) 身体拘束掲示表の運用

全職員一人一人が「拘束を外していく」意識を持つためにはどうしたらよいか。意識づけとして「身体拘束掲示表」の運用を開始した。カンファレンスやラウンドの結果を基に、患者の拘束様態や解除する時間帯の詳細を、すべての職員が必ず目にするベッドサイドに掲示することで、カルテを確認しなくても、その場ですぐに状況がわかるように対応した。

この方法は職員だけでなく、患者のご家族にも目が留まり「検討してくれているのがわかってほっとした」「少しでも(拘束を)取ってくれる時間帯があってよかった」と、安心するご家族の声をたくさん聞くことができた。



写真5 身体拘束掲示表

## 5. 結果

### ①拘束率の減少と新たにみえた課題

取り組み開始から、拘束率は46%から約半数の27%まで減少した。病棟からは拘束を解除する過程の中で、患者の気持ちに寄り添い、行動を予測する職員の姿が増えていった。「安全のために縛る」のではなく、「どうしてこの行動を患者はしてしまうのか、まずは考えてみよう」という声が広がっていった。ルートの位置を工夫する、痒みの原因を探る、不穏患者への声掛けを増やす等、拘束ではない代替手段の考え方が1つ1つ増えていった。

一方、8か月間の経過の中で変化が大きかったのは、解除率の変動であった。取り組み後、解除できる患者が増えていく一方で、インシデントの件数も増え始めた。解除しても再び拘束せざるを得ない状況が続いたことで、職員の不安感が増し、解除率が低迷した。要因としては、観察する目が減り評価が手薄になってしまったことが考えられ、解除後の再評価が課題として残った。

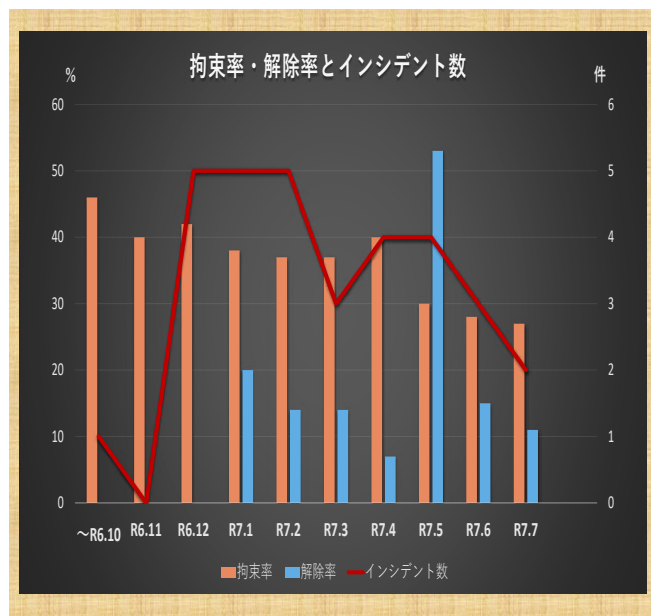


図1 拘束・解除率とインシデント数の推移

### ②意識変容

取り組みから約半年が経過した時点で意識調査を実施、調査の結果をナースステーションに掲示し、職員全員に現場の声を届けた。調査からは身体拘束

に対する葛藤を抱える中でも、「もっと明確な評価方法を作っていきたい」「代替手段を考えてみたい」等の前向きな意見も多数聞かれ、職員の意識に大きな変化がみられていた。



図2 職員の声

## 6. 考察と展望

当院のような医療療養型病院においては、患者の安全面を第一に考えると、身体拘束を減らしていくことはとても難しい課題である。

今回、連携職種を増やし患者の評価を多方面から行った事、またラウンドを実施し、実際の場面で話し合う機会を設けた事、そして掲示方法を工夫し職員の意識づけを行った事が、拘束率の減少につながったと考える。

その一方、解除後のインシデント報告が増えたことに関しては、終了後も継続的な「見守る手段」が必要であり、評価方法の見直しが課題である。拘束解除の難しい患者に関しては、細かな評価と全員で見守る体制作りが必要であり、方法の再構築・強化を今後も粘り強く考えていきたい。

身体拘束と向き合いみえてきたものは、私たち医

療職が忘れてはいけない、患者に寄り添う心であった。取り組む過程の中で「どうして辛いのだろう」「どうして困っているのだろう」と、患者の気持ちを常に考え解決しようとする職員のたくさんの声があった。患者の声を聞くこと、あたたかく見守ること、これこそが、拘束を減らしていく上で一番大切な「代替手段」なのではないかと思う。これからもこの取り組みを通して、患者に寄り添う心を大切に、「患者様の立場に立った」やさしい病院づくりを目指していきたい。

## 7. おわりに

昨年11月、日本慢性期医療学会にて当院の取り組みを発表することができた。多くの病院・施設が、この難しい「身体拘束最小化」というテーマについて考え、向き合い、取り組んでいることを知り、感動する気持ちとともに大きな励みとなった。そこで得たたくさんの学びを、当院でも活用しながらさらなる発展につなげていきたい。

### 【引用・参考文献】

- 1) 身体拘束廃止・防止の取組推進に向けた検討委員会：介護施設・事業所等で働く方々への身体拘束廃止・防止の手引き
- 2) 公益社団法人 全日本病院協会：身体拘束ゼロの実践に伴う課題に関する調査研究事業 報告書
- 3) 公益社団法人 全日本病院協会：身体拘束ゼロの実践に向けて介護施設・事業所における取組手引き
- 4) 公益社団法人 長寿科学振興財団：高齢者の身体的特徴
- 5) 筑西市まち・ひと・しごと創生 人口ビジョン・総合戦略 2020（令和5年9月改訂版）

## 回復期リハビリ病棟退院患者に対して 適切に訪問リハビリを提供するための取り組み ～法人内事業所の連携強化～

公益財団法人脳血管研究所（群馬県伊勢崎市）

- 1) 美原記念病院 リハビリテーション部  
理学療法士 野本正仁 理学療法士 佐藤由依 作業療法士 石森卓矢
- 2) 美原記念病院 連携室 社会福祉士 瀬間良礎
- 3) 訪問看護ステーショングラーチア リハビリテーション部門 作業療法士 中島崇暁
- 4) 在宅医療 統括局長 医師 美原貫
- 5) 美原記念病院 脳神経内科 医師 美原盤

### 1. はじめに

回復期リハビリテーション（リハビリ）病棟は、発症早期から集中的にリハビリを行い、Activities of Daily Living (ADL) の改善による早期退院、在宅復帰を促進するための病棟である<sup>1)</sup>。令和6年の全国回復期リハビリテーション連絡協議会の調査<sup>2)</sup>では、回復期リハビリ病棟における入院日数は平均66.0日で、この数年間において明らかな入院日数の短縮は認められない。政策的に急性期病棟の入院日数の短縮化、在宅復帰の促進が求められている中で回復期リハビリ病棟においても入院日数を短縮することは社会的に大きな課題となっている。

このような状況において、在宅復帰を目指す回復期リハビリ病棟の退院後の受け皿として、訪問リハビリが期待されている。介護保険法において、訪問リハビリは、心身機能の維持向上を図り、日常生活の自立を助けるために居宅にて行われる理学療法、作業療法、その他必要なリハビリと定義されている<sup>3)</sup>。当院先行研究では、回復期リハビリ病棟退院後に訪問リハビリを利用することで、3ヵ月という短期間で Functional Independence Measure (FIM), Frenchay

Activities Index (FAI), Life Space Assessment (LSA) が向上することを示した<sup>4)</sup>。さらに、適切な時期に回復期リハビリから訪問リハビリへ移行することは回復期リハビリ病棟の機能を補完することを報告した<sup>5)</sup>。すなわち、回復期リハビリ病棟退院後に生活能力の改善が見込める患者は、訪問リハビリの利用につなげることが望まれる。

しかし、当院回復期リハビリ病棟退院後の訪問リハビリ患者数の推移をみると、地域内の退院患者数は減少していないにもかかわらず、訪問リハビリにつながる患者は年々減少していた。平成26年度は約50人であった訪問リハビリ患者数は、令和5年度には約20人まで減少していた（図1）。このことは、回復期リハビリ病棟退院後に生活能力の改善が見込まれる患者に対して、適切に訪問リハビリが提供されておらず、在宅生活を支えるための支援が

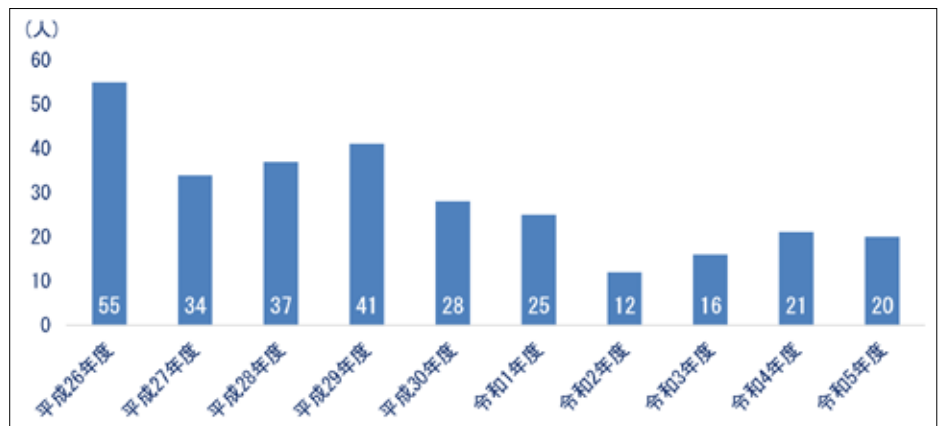


図1 当院回復期リハビリ病棟退院後の訪問リハビリ患者数の推移

十分に機能していない可能性が示唆された。

筆者は、この問題を重要な課題と捉え、令和6年度より回復期リハビリ病棟退院患者に対して、適切に訪問リハビリを提供することを目的として、大きく4つの取り組みを開始した。なお、本報告は業務改善の一環としての報告であり、匿名化された数値データのみを用いており、当法人における規定に基づき実施した。

## 2. 取り組み内容

### (1) 訪問リハビリの適応判定者の変更

一つ目の取り組みとして、訪問リハビリの適応判定者を変更した。取り組み前（令和5年度まで）は、病院リハビリスタッフが各自の判断で訪問リハビリの適応を判定し、相談員へ訪問リハビリの必要性を報告していた。この際、病院リハビリスタッフは訪問リハビリの適応を主としてADL能力の向上に限定して捉えていたため、対象となる患者数が限定されていた。

取り組み開始後（令和6年度から）は、病院リハビリスタッフが入院中の患者情報を訪問リハビリスタッフへ報告し、訪問リハビリスタッフが訪問リハビリの適応を判定する体制へと変更した。そのうえで、病院リハビリスタッフが相談員へ訪問リハビリの必要性を報告することとした（図2）。

このような体制変更により、訪問リハビリの適応にADL能力の向上のみならず、Instrumental Activities of Daily Living (IADL) 能力の向上や生活範囲の拡大といった多面的な視点に基づく判断が

行われるようになり、対象となる患者数が増大した。

### (2) 訪問リハビリにつなげるまでの業務フローの作成

二つ目の取り組みとして、在宅転帰予定の患者の抽出から訪問リハビリにつなげるまでの業務フローを作成し、運用を開始した。この業務フローにより、病院リハビリスタッフと訪問リハビリスタッフの役割分担および情報伝達の流れを可視化し、誰もが標準化された手順に基づき対応できる体制が構築された（図3）。

### (3) 回復期リハビリ病棟退院患者の生活状況の共有

三つ目の取り組みとして、回復期リハビリ病棟退院患者の生活状況の共有を行った。訪問リハビリスタッフが病院リハビリスタッフに対し、回復期リハビリ病棟退院患者のADL能力以外の変化、すなわちIADL能力の向上や生活範囲の拡大に至った経過を写真や動画等を用いて共有した。回復期リハビリ病棟退院患者の生活状況の共有により、病院リハビリスタッフは在宅生活における具体的な生活像をイメージしやすくなり、訪問リハビリの適応をADL能力の向上に限定することなく、より多角的な視点で捉えることが可能となった。

### (4) 病院と在宅部門の合同会議の開催

四つ目の取り組みとして、病院と在宅部門による合同会議を開始した。本会議は毎月1回開催し、病院側からは事務部長、看護部長、相談員室長が参加し、在宅部門からは在宅局長、訪問リハビリ管理者、

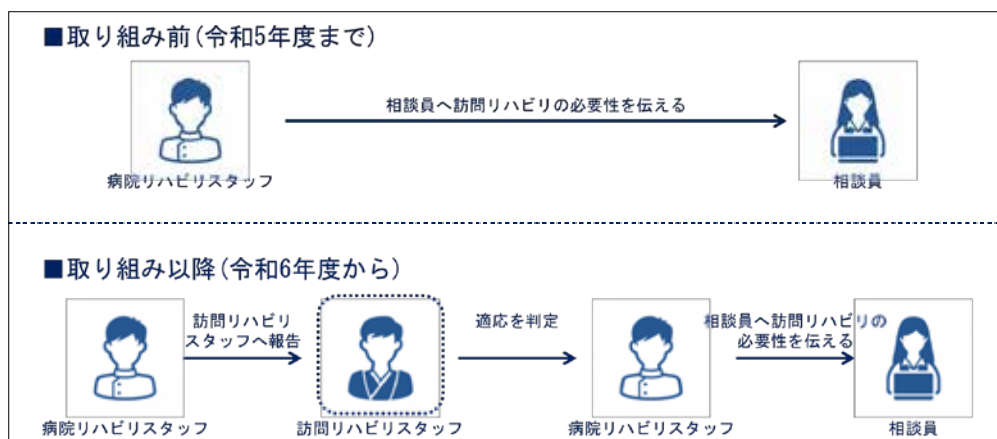


図2 訪問リハビリの適応判定者の変更

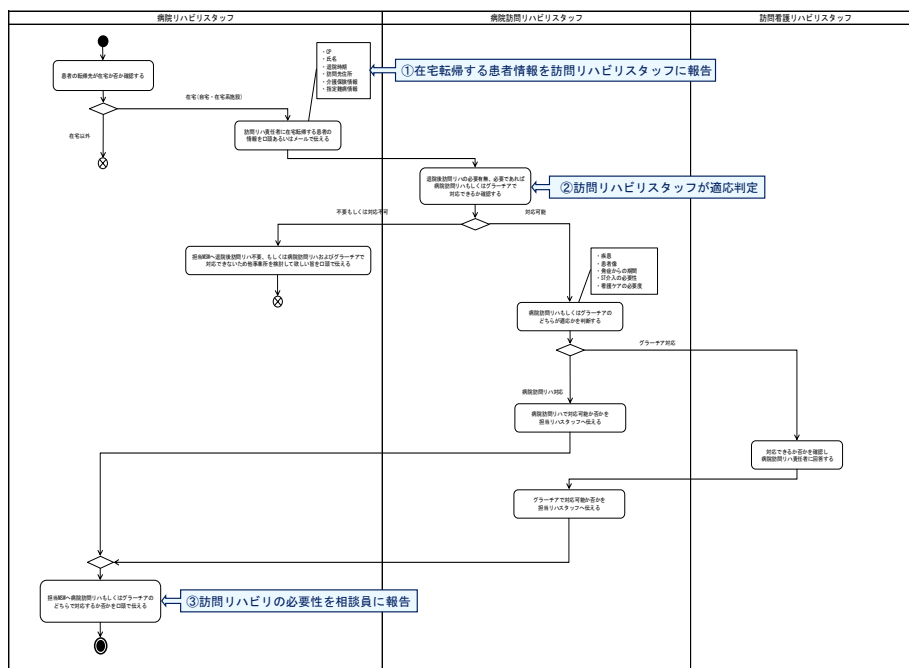


図3 訪問リハビリにつなげるまでの業務フロー

訪問看護管理者、ケアマネジャー管理者が参加した（写真1）。会議では、各部門の運営状況やサービス実績の共有に加え、地域内への退院患者数、新規依頼者数、サービス終了者数など、患者動向に関するデータを共有した。本会議の開催により、病院と在宅部門における患者の流れや連携状況を可視化することが可能となり、単なる情報交換にとどまらず、課題の共有と対応策の検討を通じて、病院と在宅部門における連携が強化された。



写真1 病院と在宅部門の合同会議の開催

### 3. 取り組み結果

訪問リハビリ患者数は、冒頭に示したとおり、平成26年度には約50人であったが、その後は年々減少し、令和2年度以降は coronavirus disease 2019 (COVID-19) の影響も相まって、令和5年度には約

20人まで落ち込んでいた。

しかし、前述した四つの取り組みを1年間実施した結果、令和6年度は訪問リハビリ患者数が51人へと増加した。さらに、地域内への退院患者数に対する訪問リハビリ提供割合は、令和5年度の8%から令和6年度には22%へと大幅に上昇した（図4）。

### 4. 考察

先行研究において、訪問リハビリはADL能力の向上のみならず、IADL能力の向上や生活範囲の拡大および社会参加の促進に寄与することが報告されている<sup>6)</sup>。一方、回復期リハビリ病棟から在宅への移行期においては、退院後の生活を見据えた情報共有や病院と在宅部門との連携不足が、継続的なりハビリ提供を妨げる要因となることが指摘されている<sup>7)</sup>。

当院回復期リハビリ病棟退院後に訪問リハビリにつながる患者数が減少していた要因として、病院リハビリスタッフが訪問リハビリの適応を主にADL能力の向上に限定して捉えていたため、訪問リハビリの対象となる患者が限られていた可能性が考えられる。その結果、退院後に生活能力の改善が見込まれる患者であっても、訪問リハビリの対象として十分に検討されていなかったと思われる。さらに、令

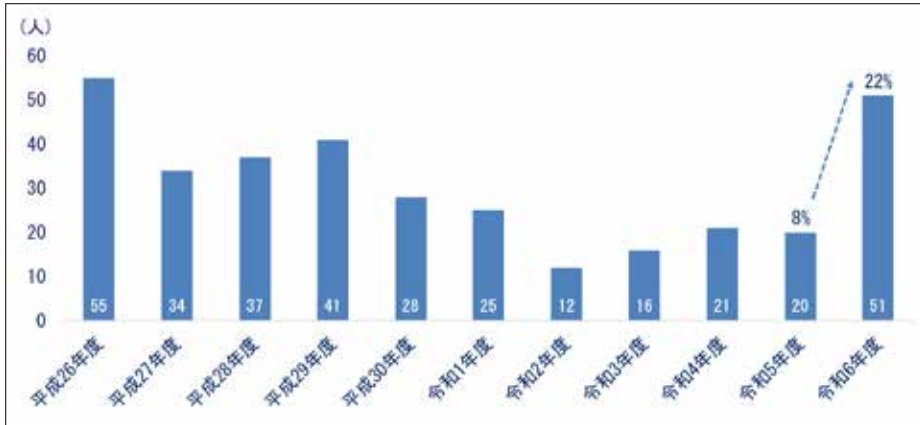


図4 当院回復期リハビリ病棟退院後の訪問リハビリ患者数と訪問リハビリ提供割合

の適応に対する理解と病院と在宅部門による事業所間の緊密な連携が重要である。本取り組みは、病院から在宅への移行期における訪問リハビリ提供の質の向上に寄与する実践的な取り組みであったと思われる。

本研究の要旨は、第66回全日本病院学会in北海道にて発表した。

和2年度以降、COVID-19の流行に伴い、対面での情報共有が制限されたことも、病院と在宅部門におけるスタッフ間の連携不足を招き、訪問リハビリ患者数の減少に影響した可能性も少なからず否定できない。

本取り組みにより、訪問リハビリがIADL能力の向上や生活範囲の拡大に寄与することについて、訪問リハビリ介入後の経過を病院リハビリスタッフと共有した。こうした回復期リハビリ病棟退院患者の生活状況の共有を通じて、病院リハビリスタッフの訪問リハビリに対する理解が促され、訪問リハビリの対象となる患者数が増加したと思われる。さらに、在宅転帰予定患者の抽出から訪問リハビリにつなげるまでの業務フローの作成と運用により、誰もが標準化された手順に基づき対応できる体制が構築された。そのうえで、病院と在宅部門の合同会議を開催し、患者の流れや連携状況を可視化したことで、病院と在宅部門における連携が強化されたと思われる。

以上より、病院リハビリスタッフに対する訪問リハビリの理解促進、病院と在宅部門間の連携を「仕組み」として構築したことが、訪問リハビリ患者数の増加、および地域内における訪問リハビリ提供割合の上昇につながったと考える。すなわち、本取り組みは回復期リハビリ病棟退院患者に対して適切に訪問リハビリを提供するうえで、有用な実践であったと思われる。

## 5. 結語

回復期リハビリ病棟退院患者に対して適切に訪問リハビリを提供するためには、病院リハビリスタッフ

COI開示：本論文に関して、全著者に開示すべきCOI状態はない。

## 【参考文献】

- 1) 石川誠：回復期リハビリテーション病棟への意義一，日本臨床 64：774-777，2006
- 2) 全国回復期リハビリテーション連絡協議会：「回復期リハビリテーション病棟の現状と課題」調査報告書 :pp80-81，全国回復期リハビリテーション連絡協議会，東京，2024
- 3) 荘村明彦：第5章訪問リハビリテーション．老人保健福祉関係法令研究会：老人保健福祉関係法令通知集，中央法規出版株式会社，107-112，2015
- 4) 石森卓矢：訪問リハビリテーションを終了すると生活は変化するのか，作業療法ジャーナル，Vol52 No.7，P679-683，2018
- 5) 石森卓矢：回復期リハビリテーション病院退院直後における訪問リハビリテーションの有用性～ADLとリハビリテーションに関わる医療費に着目して～，日本慢性期医療協会誌，Vol23 No.6：P60-65，2016
- 6) 太箸俊宏：脳卒中患者の訪問リハビリテーション利用効果の基本的日常生活動作および手段的日常生活動作を用いた男女別解析．理学療法科学 40（5）：P196-200，2025
- 7) 川手信行：回復期リハビリテーション病棟から生活期への移行，Jpn J Rehabil Med：58，522-527，2021



## 「責任・協調・安全・奉仕」の精神で、 地域に根ざした質の高い慢性期医療の実践

医療法人社団栄宏会 土井リハビリテーション病院（兵庫県小野市）

病院長 加納純一 看護部長 森山愛子

リハビリテーション科長 濱脇大祐 理学療法士 荻野拓也

### 1. はじめに

#### ・北播磨の地で地域と歩む、慢性期医療としての役割

当院が位置している兵庫県小野市は、加古川の中流に広がる穏やかな平野と、丘陵に囲まれた自然豊かな地域である。北播磨医療圏域に属しており、高齢化率約29%と今後も高齢化が進む地域であり、慢性期医療、および長期療養のニーズが高い特徴を有している。

当院はこの地に1993年に開院し、現在は回復期リハビリテーション病棟43床、医療療養病棟101床の計144床を有しており、地域住民の皆さまと共に地域の中での慢性期医療を担う役割として歩んでいる。当院の基本理念として『責任』『協調』『安全』『奉仕』の精神の基に、地域の皆さまを大切に、常に信頼される医療・看護・介護を提供できるよう日々取り組んでいる。急性期病院での治療を終えた患者が、住み慣れた地域や自宅での生活へ戻るための架け橋となること、あるいは医療的ケアを必要としながらも穏やかな療養生活を送れる場を提供すること、この二つの大きな役割を果たすべく私たちは日々、慢性期を含む医療の質的向上に努めている。

現在、日本の医療を取り巻く環境は劇的に変化しており、地域包括ケアシステムの構築が急務である。その中で当院は、回復期リハビリテーション病棟と医療療養病棟を併せ持つ強みを活かし、単なる機能回復だけではない「生活の再構築」と「患者一人ひとりの尊厳の保持」を大切にしている。日本慢性期医療協会が掲げる「寝たきり高齢者を増やさない」という理念に基づき、当院の医療療養病棟においてスタッフ一人ひとりがそれぞれの職種の専門性を活かした取り組み、多職種協働による具体的な活動内容について、本稿でご紹介する。（写真1）



写真1 当院正面玄関

### 2. リハビリテーションスタッフが多く 在籍する「積極的なリハビリテーション」

#### ・慢性期における「リハビリ」の推進

一般的に医療療養病棟におけるリハビリテーションは、機能の維持や廃用症候群の予防を目的に必要最低限の頻度で行われることが多いのが現状である。しかし、当院では回復期リハビリテーション病棟を併設している強みを活かし、免荷式リフトやスタンディング車椅子、電気刺激装置などのリハビリテーション機器を活用し、重症度の高い患者にも質の高いリハビリテーションを提供している。多くのセラピストが在籍し



写真2 スタンディング車椅子での立位練習

ていることもあり、週1～2回といった限定的な介入ではなく、一人ひとりの患者のニーズやお身体の状態に応じて、機能的なリハビリテーションからADLや活動・参加を重視した個別性のある支援を手厚く実施している。（写真2）

・「可能な限り離床して過ごせるように」

当院で入院生活を過ごされる患者には、全身状態が許す限り、離床して過ごせるように多職種で協働して取り組んでいる。入院初期に患者の全身状態、病状を担当医師や看護師にて評価し、心機能や呼吸機能なども含め全身状態をモニタリングする。その後、担当セラピストにより離床できる運動機能の評価や離床耐久性を評価し、離床に向けて働きかけていく。関節拘縮などが強く、身体介助での離床に困難を伴う場合、介助用リフトを活用して離床を行えるようにする、座位姿勢を保つことや離床耐久性の低い患者にはティルトリクライニング式のモジュール型車いすで安楽に離床できるような環境を整えている。患者の状態によって、ベッドから離床すること自体が難しい場合は、ベッドごと移動することで外の空気に触れ、四季を感じてもらうなどの離床機会を提供するような工夫を行う。(写真3)



写真3 ベッド上で桜を見に行く様子

### 3. ライフストーリーカルテ：個人の尊厳をケアの真ん中に

・「その人らしく」を一人ひとりに

病院という場では、「〇〇号室の脳梗塞の患者さん」という入院患者のうちの一人として、同じような関わりにとどまりやすい環境にある。しかし、患者一人ひとり、それぞれの時代を生き抜き、家族を支え、趣味を楽しみ、自らの仕事に誇りを持ち社会的役割を担ってこられた人生の先輩であることは

紛れもない事実である。患者一人ひとりの「その人らしく」を大切にしながら関わるために、当院では「ライフストーリーカルテ」を運用している。ライフストーリーカルテとは入院初期に、ご家族から患者のこれまでの生活史、仕事、趣味、好きだった食べ物や音楽、大切にされている価値観、そして終末期に対する考えなどを詳細に伺い、個人個人に合わせた看護・介護・リハビリテーションを提供するための大切な情報である。それを担当スタッフが共有し、一人ひとりに合わせた個別的な支援を考える為の手がかりとしている。(写真4)



写真4 ライフストーリーカルテ

・「その人らしく」に寄り添うケア・リハビリテーション

当院ではライフストーリーカルテの情報をもとに、ケアやリハビリテーションに活かせるように取り組んでいる。患者の身体介護などケアとして関わる際、意思疎通が困難な患者でも、かつての仕事の話をスタッフが話しかけることで、表情が和らぎ、笑顔を見せてくれることもある。また、農家をされていた患者や、趣味で園芸を行われていた患者で、身体を動かすことは難しくとも院内にある中庭に向き、スタッフに畑の世話や工夫を伝えてもらうことでご自身の知識や経験を活かせるように関わっている。そのほか、リハビリテーションの中に趣味などの活動を取り入れることで、他動的なやらされるリハビリではなく、共に笑い、「今日一日を過ごせてよかった」と感じてもらえるような介入を心がけ

ている。「その人らしく」一人ひとりの生活歴を踏まえた個別性のある関わりが、患者の尊厳や自己肯定感を守り、生きる意欲へと繋がると考え支援している。(写真5・6)



写真5・6 大切にしていた飼い猫との面会

や全介助の方であっても、自宅で過ごす貴重な時間を創出する。「病院にいても、家族の一員であり続ける」。そのための支援を大切にしている。(写真7)



写真7 スロープを貸し出しているの外出場面

### 4. 家族との繋がりを保つための「外出・外泊支援」

#### ・「家に帰りたい」という願いを諦めない

ある日突然のように発症し、いつもあるはずの自宅で過ごす日々が失われることは、患者本人やご家族にとって大きな悲しみの一つだ。病院の規則や医療的リスクを伴うこと、新型コロナウイルス感染症の感染対策の為、外出や外泊に関して非常に難しくなってきた現状がある。しかし、患者が長年住み慣れた我が家で家族とともに過ごす時間は、どんな高度な医療にも勝る「価値」があると考えられる。そのため、当院ではご家族が希望される場合、患者の身体の状態が許す限り、外出・外泊を支援できるよう取り組んでいる。安全に外出・外泊を実現するためには、多職種と情報共有しながら進めていくことが重要である。医師による病状の評価、看護師や介護士により外出・外泊時の必要な処置やケアなどの手技をご家族にレクチャーする、リハビリスタッフによるご家族への介助方法や福祉用具の使用法についてのレクチャーを行うようにしている。場合によっては、スタッフが外出に同行し、安全に外出できるよう支援することもある。こうした多職種による支援体制を整えることで、酸素管理を行われている方

### 5. 多職種連携による「褥瘡対策」

#### ・「褥瘡発生ゼロ」を目指す褥瘡対策

慢性期医療、特に長期療養を必要とする環境において、褥瘡の発生は患者の苦痛を増大させるだけでなく、時に全身状態の悪化を招く可能性もある。当院では、栄養摂食褥瘡対策委員会を中心に、医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、リハビリスタッフ、歯科衛生士、介護士と各部署が連携できる体制を整えている。褥瘡の治療のみならず、褥瘡発生の予防に重点をおき、入院直後から全ての患者に対して褥瘡発生リスクのアセスメントを実施している。入院時に褥瘡発生リスクに応じて適切に除圧できるマットレスを選択し、リハビリスタッフが初期介入した上で患者に合わせて適正な姿勢で除圧できるようクッションで調整する。そして、ポジショニング姿勢を写真で撮影し、視覚的に確認できるようポジショニング表を作成してベッドサイドに表示している。その上でケアに関わるスタッフが、適切なポジショニング姿勢をもとに、定期的に体位変換を行い、体圧分散を実施することで褥瘡発生や悪化を予防している。

・褥瘡ポジショニングチームとしての活動

院内にポジショニングチームを設立しており、ポジショニングの質を向上する目的でリハビリテーションスタッフを中心に活動している。隔月で患者一人ひとりのポジショニングの巡視を行い、適切なポジショニングが実施できているかを確認する。修正が必要であれば、担当セラピストにはポジショニング姿勢に関する修正点の助言を行い、ケアに関わるスタッフにはポジショニングクッションを正しく入れる方法などの助言を行い、褥瘡予防に関しても質を担保できるよう継続的に取り組んでいる。(写真8)



写真8 ポジショニング活動チームの巡視場面

6. 最期まで「口から食べる」ことを支援

・最期まで「口から食べる」ことを大切に

当院では、嚥下機能が低下し、他院で「絶食」や「経管栄養のみ」と判断された患者に対しても、当院で再度経口摂取の可能性について再評価し、可能な限り最期まで自分の口で食べ物を味わっていただくための「経口摂取支援」に取り組んでいる。言語聴覚士(ST)による嚥下機能評価を行い、必要に応じて医師による内視鏡下嚥下機能検査(VE)を実施し、どの程度の形態であれば安全に摂取できるかを判断する。また、必要な栄養摂取の手段としての「口から食べる」のみでなく、生きる楽しみとして少しでも「口から食べる」ということを大切にしている。

7. おわりに

今後の慢性期医療にかかわる病院として、以下のことが求められていると考えている。

- 1) 「在宅復帰」を支援するリハビリテーション機能
- 2) 医療依存度の高い患者の受け皿としての機能(「医療」と「介護」の統合)
- 3) 地域生活のバックアップ(サブアキュートとしての機能)

当院でも医療療養病棟に入院された患者を、①在宅復帰の可能性があるのか、②現在の全身状態を考慮しながら現状の医療行為を一つでも減らしていけるように関わるのか、③終末期として穏やかにどのように最期まで「人としての尊厳」を保てるように関わるのか、患者一人ひとりの状態を見極め、介入方法を考えていくことが重要と考える。できる限り開いた病院作りを念頭に、医療療養病棟からも可能な限りスムーズに在宅復帰を目指せる仕組み作り、看取りも含めた個々の生活支援、地域のセーフティネットとして一時的に入院できる受け皿の役割を果たせるように尽力していく。(写真9)



写真9 当院の自然豊かな桜並木の様子

## 末梢循環障害を呈する全介助症例の離床に向けた介入 —非侵襲連続推定心拍出量を用いたリスク管理と効果判定—

IMS <イムス>グループ 医療法人社団明芳会

イムス横浜東戸塚総合リハビリテーション病院 (神奈川県横浜市)

理学療法士 高木武蔵 医師 中尾健太郎

### 【和文抄録】

【はじめに】長期臥床は循環動態の悪化を招くため、離床時の循環動態リスク評価が重要である。しかし心拍出量の測定は慢性期病棟においては困難であり、客観性に乏しい評価に留まる。そこで非侵襲連続推定心拍出量 (esCCO) を用い、離床時のリスク管理および介入効果判定への有用性を検討した。【症例】60歳代男性、くも膜下出血後の長期臥床症例。端座位で循環障害を疑う色調変化を認め、心係数は  $2.12\text{L}/\text{min}/\text{m}^2$  であった。【経過】ギャッチアップや端座位を中心とした介入を2週間実施した結果、心係数が  $2.43\text{L}/\text{min}/\text{m}^2$  に改善、末梢血管抵抗の低下を認めた。これらの評価から判断し離床を行った結果、下肢循環障害を生じない安全な車椅子離床が可能であった。【考察】esCCOは非侵襲的かつ連続的に心拍出量を評価でき、臨床所見と併用することで離床時の循環動態リスク評価および介入効果判定に有用である可能性が示唆された。【結語】esCCOは慢性期リハビリテーションにおける安全な離床支援の一助となり得る。

### 【Key words】

離床, 心拍出量, esCCO

### 【はじめに】

安静臥床が循環器系・筋骨格系・呼吸機能などに多面的な悪影響を及ぼすことは古くから報告されており<sup>1) 2)</sup>、自施設においても同様の問題を呈する症例が多く認められる。また、長期臥床による血漿量の減少などを原因とした局所の低灌流リスクが指摘されている<sup>2)</sup>。低灌流によるリスクを避けつつ離床を行うためには、循環動態について定量的な評価が求められるとともに、肢位変化や車椅子移乗などの動作時の状態を評価する必要がある。

循環動態を評価する指標として心拍出量が一般的であり<sup>3)</sup>、ガイドラインにおいて心係数と肺動脈楔入圧による心不全重症度分類として挙げられているForrester分類<sup>4)</sup>などにも心拍出量を体表面積で補正した心係数が用いられる。しかし、心拍出量は循環血液量や心筋の収縮力などによって規定され、慢

性期病棟のベッドサイドにおいて簡便かつ動的に測定することは困難である<sup>5)</sup>。そのため、実際の慢性期の離床場面では血圧や心拍数などのバイタルサイン、意識状態や四肢末梢の観察といった間接的指標に依存したリスク管理が行われており、必ずしも循環動態そのものを客観的に評価できているとは言い難い。また、経過の中で循環動態の改善や悪化を定量的に評価することも困難であることから、介入効果判定に苦慮する場面も少なくない。

このような背景から、離床における循環動態面でのリスク管理や介入効果判定を客観的に行うための測定技術として、我々は非侵襲連続推定心拍出量 (estimated Continuous Cardiac Output; 以下esCCO) に着目した<sup>6)</sup>。esCCOは、心電図信号とパルスオキシメーターから得られる脈波データを基に、脈波伝播時間 (Pulse Wave Transit Time: PWTT) を用いて心拍出量を連続的に非侵襲的に推

定する技術である。既存の測定方法との違いとして、侵襲的な手段を用いず簡便に測定できることや、他のバイタルサインと共に介入時にリアルタイムに測定できるため体位変換や離床などの動作時にも対応可能であることなどが利点として挙げられる(図1)。

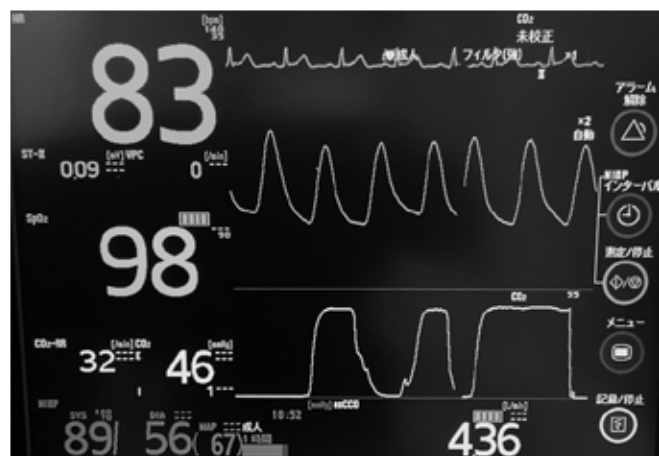


図1 esCCO 測定中のモニター画面を示す。心拍数・SpO<sub>2</sub>・血圧などと共に右下に esCCO が表示されている(4.36L/min)。

今回我々は esCCO と視認できる色調変化などの臨床的な観察を併用することで、離床時に末梢循環障害を呈する症例のリスク管理と介入効果の定量的評価を目指した。その経過を通して、慢性期患者の離床を目指した介入における esCCO の有用性について検討したため報告する。

## 【症例】

60 歳代男性。X-9 年くも膜下出血・正常圧水頭症・右小脳梗塞により四肢麻痺および意識障害を呈しており、療養病院に長期入院していた。X 年 Y-1 月に上部消化管出血により急性期病院へ転院。その後人工呼吸器管理となり、X 年 Y 月にリハビリテーション目的で当院へ転入院した。既往として慢性心不全を認め、心胸郭比は 53.7%であった。当院入院時、JCS II -10 で刺激により開眼を認めるが意思疎通や従命は不可。筋の過緊張により全身の可動域制限著明だが、股関節屈曲 60°・体幹屈曲 30°程度可能であった。安静背臥位にて、心拍数：80 回/分、血圧：104/72mmHg、SpO<sub>2</sub>：98%、esCCO：3.5L/min、心係数 2.12L/min/m<sup>2</sup>、末梢血管抵抗

1714dynes・sec・cm<sup>-5</sup>。なお esCCO の測定にはベッドサイドモニター (PVM-4763：日本光電工業株式会社製) と SpO<sub>2</sub> 粘着センサー (TL-281T-IB：日本光電工業株式会社製) を使用。心係数はデュポア式にて推定した体表面積で esCCO を除して算出。末梢血管抵抗は梶木の報告を参考とし、測定困難な右房圧は 8 mmHg と仮定した上で、(平均動脈圧 -8)/esCCO\*80 の計算式にて算出した<sup>7)</sup>。

## 【経過】

リハビリテーション開始時の心係数は 2.12L/min/m<sup>2</sup>であり、Forrester 分類の心係数の基準値である 2.2L/min/m<sup>2</sup>を下回っていた。さらに、介助下にてベッド上端座位を実施したところ、約 2 分後に循環障害を疑う所見として下肢の暗紫色への色調変化を認めた。これらの所見から、車椅子離床を実施するには循環動態面でのリスクが高いと判断し、離床に向けた介入プログラムを検討した。ベッド上にて可能な限り頭位を上げ最大 70°のギャッチアップを行い、その中での上下肢全体の屈伸運動を中心とした四肢の他動運動の実施や、心係数をモニタリングし 2.2L/min/m<sup>2</sup>を下回らない範囲での短時間の端座位などを中心に訓練を行い、徐々に循環動態の改善を図った。なお、介入は 1 日 40 分、週 6 日の頻度で実施した。

2 週間後に再評価を実施。JCS II -10。股関節屈曲 60°・体幹屈曲 30°。心拍数：84 回/分、血圧：105/72mmHg、SpO<sub>2</sub>：98%と、これらの項目には著明な変化は認めなかった。しかし、esCCO：4.0L/min、心係数：2.43L/min/m<sup>2</sup>、末梢血管抵抗：1500dynes・sec・cm<sup>-5</sup>となり、循環動態に改善を認めた。また端座位を 10 分以上実施しても下肢の循環障害を疑う所見は見られなくなっていた。これらのことから、リハビリテーション開始時と比較して離床に対する循環動態面でのリスクが減少したと判断し、リクライニング車椅子での離床を実施。30 分間の車椅子離床を実施しても心拍数・血圧・SpO<sub>2</sub>・心係数の変化はなく、端座位と同様に下肢の循環障害を疑う所見も見られなかった。介入前後における循環動態および臨床所見の変化を表 1 に示す。

項目	介入開始時	2週間後
心拍数 (回/分)	80	84
血圧 (mmHg)	104/72	105/72
SpO <sub>2</sub> (%)	98	98
esCCO (L/min)	3.5	4.0
心係数 (L/min/m <sup>2</sup> )	2.12	2.43
末梢血管抵抗 (dynes・sec・cm <sup>-5</sup> )	1714	1500
端座位耐久時間	約2分	10分以上
下肢色調変化	あり	なし
車椅子離床	不可	30分可能

※末梢血管抵抗は右房圧を8mmHgと仮定して算出

表1 介入前後における循環動態および臨床所見の変化

## 【考察】

循環動態の悪化により端座位にて下肢の循環障害を疑う所見として暗紫色への色調変化を認めていた症例に対し、esCCOを用いてリスク評価や介入効果判定を行いながら離床を進めた結果、客観的評価に基づいた安全な車椅子離床が可能となった。

### (1) 介入時のリスク管理

心拍数・血圧・SpO<sub>2</sub>などのバイタルサインは通常の生体モニタリング機器を用いて客観的に測定可能であった。しかし、心拍出量は自施設的环境では測定困難であり、循環動態自体を評価したリスク管理が十分に行えていなかった。今回 esCCO を用いたことにより心係数の算出が可能となったことが、リスク管理において大きな役割を果たしたと言える。Forrester 分類を離床の判断基準に用いることを推奨する報告も散見されるが<sup>8)</sup>、通常心係数を求めるための心拍出量はスワンガンツカテーテルなどを使用し侵襲的に測定する必要があるため、慢性期のベッドサイドでの測定は容易ではない。しかし、esCCO は心電図とパルスオキシメーターによって非侵襲的に測定可能であり、極めて一般的な機器のみで測定できるメリットがある。実際に本症例でも通常に対応として心電図・パルスオキシメーターが使用されていたため、その他の特別な準備は必要としなかった。esCCO における離床基準についてはまだ十分な検討がなされていないため、Forrester 分類を参照した上で、実際に短時間の端座位などを

行い臨床的な観察評価を併用し、安全な車椅子離床が実現した。測定精度に関する Yamada らの報告では、esCCO とスワンガンツカテーテルによる間欠ボラス熱希釈法を 213 例で比較し、両者に良好な相関 (r=0.79) を認める一方で、Bland-Altman 解析上は一定の一致限界を有したことを報告している<sup>9)</sup>。さらに末梢血管抵抗 (SVR) が esCCO の精度に影響することが示されており、esCCO は非侵襲で連続的なトレンド把握に有用であるが、低灌流や著明な血管抵抗の変動がある状況では解釈に注意を要することが示されている。

これらのことから、現状では esCCO による心拍出量の推定と臨床的所見を総合し、段階的にリスクを評価する必要があると考えられ、その結果の予測や再評価時期を決定する指標として esCCO が利用できると考えられた。

### (2) 介入効果判定

心拍出量は 1 回拍出量と心拍数の積によって表され、1 回拍出量は循環血液量、心筋収縮力、血管抵抗などによって規定される<sup>10)</sup>。そのため、血管抵抗の低下による 1 回拍出量の増加や、心拍数の上昇が生じれば心拍出量が増加すると考えられるが、循環血液量や心筋収縮力の増加が伴わない場合には同時に血圧が低下する恐れがある<sup>11)</sup>。本症例において、2 週間の介入後には血管抵抗は低下していたにも関わらず、血圧が維持された状態で心拍出量の増加が観察された。これらの所見より、本症例の循環動態の改善は循環血液量や心筋収縮力の増加が生じた上で血管抵抗が減少したことに起因する可能性が示された。長期臥床症例において、リハビリテーションによる循環血液量の増加や心筋収縮力の増加を示す報告は限定的だが、これは前述のように慢性期病棟のベッドサイドにおける心拍出量の測定が困難であるためと推察される。その点で esCCO は非侵襲的かつ簡便に循環動態を定量化できる意義は大きいと考えられる。

また、リハビリテーション開始時の末梢血管抵抗は 1714 dynes・sec・cm<sup>-5</sup> であったが、正常値は 1130 ± 178 dynes・sec・cm<sup>-5</sup> であることから<sup>12)</sup>、血

管抵抗は高値だが血圧は正常な状態であったと言える。これらの所見から解釈すると、リハビリテーション開始時には長期臥床により循環血液量の減少や心筋収縮力の低下が生じており、血圧を維持するために代償的に血管抵抗が高まっていたと考えられた。そして、介入によって循環血液量や心筋収縮力に改善が認められたことにより、血管抵抗による代償の軽減および心拍出量の増加を認めたと解釈できる。このメカニズムとして、血流量の増加により血管内皮からの一酸化窒素の放出が増加し、血管が拡張することで血管抵抗が低下すると報告されており<sup>13)</sup>、本症例においてもこのメカニズムによる循環動態の変化が生じていたことが考えられた。

長期臥床が身体に及ぼす具体的な影響として、循環血液量においては臥床 20 日後には 15% の減少<sup>14)</sup>、心機能においては 6 週間のベッド上臥床で左心室容量や心室壁厚および左心室拡張末期容量の有意な減少<sup>15)</sup>、さらに末梢血管抵抗においては交感神経性の血管収縮の指標となるノルエピネフリンの濃度が健常者と比較して長期臥床症例で有意に高値を示した<sup>16)</sup> などが報告されており、慢性期における長期臥床症例には同様の病態が多く存在していると考えられる。本症例の経過から、長期臥床症例に対する離床に向けた介入が、循環血液量・心筋収縮力・血管抵抗などの変化によって循環動態を改善させる可能性が示唆された。しかし、本報告では血管抵抗の算出にあたり右房圧に仮定値を用いていることから、介入前後での変化は示せたとと言えるものの、絶対値については再検討が必要と思われる。

### (3) 今後の課題

症例数を増やしつつ様々な疾患の症例での検討を行うことで、慢性期病棟の離床における安全な心係数の基準値や、長期臥床症例の循環動態改善の機序について明らかにする必要がある。

### 【結語】

末梢循環障害を呈する長期臥床症例の離床を目指した介入において、esCCO を用いることで循環動態のリスク評価および介入効果判定を定量的に行う

ことが可能であった。esCCO は、慢性期リハビリテーションにおける安全な離床支援の一助となる可能性が示唆された。

本研究は著者が所属する病院の倫理審査委員会の承認を受けて実施し、症例の家族に対して書面により説明し同意を得た。

COI 開示：著者高木武蔵は、本研究に用いた SpO<sub>2</sub> 粘着センサ (TL-281T-IB) について、製造販売している日本光電工業株式会社より無償提供を受けた。

### 【引用文献】

- 1) Dock W: The evil sequelae of complete bed rest, JAMA 125: 1083-1085, 1944
- 2) Saltin B, Blomqvist G, Mitchell JH, et al.: Response to exercise after bed rest and after training: a longitudinal study of adaptive changes in oxygen transport and body composition, Circulation 38 (5 suppl) : 1-78, 1968
- 3) Balady GJ, Arena R, Sietsema K, et al.: Clinician's guide to cardiopulmonary exercise testing in adults: a scientific statement from the American Heart Association, Circulation 122: 191-225, 2010
- 4) Tsutsui H, Isobe M, Ito H, et al.: JCS 2017/JHFS 2017 guideline on diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure – digest version, Circ J 83: 2084-2184, 2019
- 5) Myers JN, Gujja P, Neelagaru S, et al.: Noninvasive measurement of cardiac performance in recovery from exercise in heart failure patients, Clinics (Sao Paulo) 66: 649-656, 2011
- 6) esCCO (非侵襲連続推定心拍出量), <https://medical.nihonkohden.co.jp/techinfo/escco/index.html>. 2025 年 12 月 16 日アクセス
- 7) 梶木秀樹：エンフルレン麻酔の循環動態と血中

- カテコラミン濃度に関する実験的研究, 岡山医学会雑誌 101 : 699-709, 1989
- 8) 高橋哲也 : 離床が循環器系に及ぼす影響について, 理学療法学 33 : 233-235, 2006
- 9) Yamada T, Tsutsui M, Sugo Y, et al.: Multicenter study verifying a method of noninvasive continuous cardiac output measurement using pulse wave transit time: a comparison with intermittent bolus thermodilution cardiac output, *Anesth Analg* 115: 82-86, 2012
- 10) Vincent JL: Understanding cardiac output, *Crit Care* 12: 174, 2008
- 11) Magder S: The meaning of blood pressure, *Crit Care* 22: 257, 2018
- 12) Barratt-Boyes BG, Wood EH: Cardiac output and related measurements and pressure values in the right heart and associated vessels, together with an analysis of the hemodynamic response to the inhalation of high oxygen mixtures in healthy subjects, *J Lab Clin Med* 51: 72-90, 1958
- 13) Moncada S, Higgs A: The L-arginine-nitric oxide pathway, *N Engl J Med* 329: 2002-2012, 1993
- 14) Greenleaf JE: Physiological responses to prolonged bed rest and fluid immersion in humans, *J Appl Physiol* 57: 619-633, 1984
- 15) Perhonen MA, Franco F, Lane LD, et al.: Cardiac atrophy after bed rest and spaceflight, *J Appl Physiol* 91: 645-653, 2001
- 16) 赤滝久美, 三田勝己, 伊藤晋彦, 他 : 下半身陰圧負荷法による循環調節機能の評価—長期臥床の重症心身障害者を対象として, *医用電子と生体工学* 30 : 14-21, 1992



# 外出・旅行時の頻尿をNSAIDs頓用で乗り切る ～過活動膀胱患者のQOL回復を支える実践的アプローチ～

医療法人以和貴会 西崎病院

理事長 名嘉栄勝

**【重要】本稿における NSAIDs の頻尿・過活動膀胱への使用は「適応外使用」です。**

NSAIDs は頻尿・過活動膀胱に対して薬事承認がありません。処方の際は必ず泌尿器科専門医に相談し、腎機能・消化管出血リスクを十分評価してください。

## 1. はじめに——「外に出るのが怖い」という現実

過活動膀胱 (OAB) の有病率は、40 歳以上の約 13.8% (男性 16.6%, 女性 11.0%) と報告されており (下部尿路症状に関する疫学調査, JaCS, 2023), 日本では約 1300 万人が罹患していると推計される。慢性期・高齢者施設における入所・通所利用者においても、頻尿・切迫性尿意は QOL を著しく損なう日常的な問題である。

自宅や施設で生活している高齢者の問題として、頻尿を恐れて外出を自粛せざるを得ない「外出制限」の問題がある。旅行・買い物・冠婚葬祭・外食といった社会的活動を断念することは、精神的孤立やフレイル進行につながる悪循環を生む。抗コリン薬やβ3 受容体作動薬による維持療法が行われていても、「今日この数時間だけ確実に頻尿を抑えたい」という場面では、頓用できる手段が求められる。

私は以前より、プロスタグランジン (PG) 合成阻害薬である NSAIDs を「頓用」として活用する

ことで外出・旅行時の頻尿を一時的に抑制し、患者の QOL を改善させるというアプローチを行っている。ただし、これは OAB・頻尿に対して薬事承認を受けた適応外使用であり、実施にあたっては必ず泌尿器科専門医への相談が不可欠である。



図1

## 2. 作用機序とエビデンス

膀胱内の PGE2 は、①求心性神経 (C 線維・Aδ

線維) を感作して切迫性尿意を誘発し、②排尿筋を直接収縮させ膀胱容量を低下させ、③腎集合管での水再吸収を抑制して尿量を増加させる (Andersson KE, Urology, 2004)。NSAIDs はシクロオキシゲナーゼ (COX) を阻害して PG 産生を抑制し、これら 3 経路に同時に作用する。

NSAIDs は服用後 1～2 時間で最高血中濃度に達し、4～6 時間程度の効果が期待できる。この薬物動態は「特定の時間帯だけ頻尿を抑えたい」という頓用ニーズに合致する。維持療法薬 (抗コリン薬・β3 作動薬) と機序が異なるため、これらと組み合わせた上乘せ効果も理論的に期待できる。

## 3. 頓用の実際——場面別の目安 (あくまで参考例)

場面	服用タイミング	薬剤例 (参考)	主な注意点
外出・買い物 (1～3 時間)	出発30分前	ロキソプロフェン60mg	空腹時避ける PPI同時服用
長距離公共交通機関利用	乗車30～60分前	セレコキシブ100mg	水分制限しすぎない 脱水・熱中症注意
会食・冠婚葬祭・式典	開始60分前	ロキソプロフェン60mg	食事と一緒に服用 PPI同時服用

※ PPI: プロトンポンプ阻害薬 (消化管保護目的で必ず同時処方方を検討する)

表1 場面別 NSAIDs 頓用の目安 (適応外使用・必ず専門医に相談のこと)

## 4. 高齢者への安全な活用とチェックリスト——腎機能・消化管出血リスクへの徹底した注意

NSAIDs は日本老年医学会「高齢者の安全な薬物療法ガイドライン 2015」で「特に慎重な投与を要

する薬剤」に指定されている。適応外使用という前提のもと、以下のリスク評価を必ず事前に行う。

### 【腎機能障害リスク】

NSAIDs は PG を介した腎血流の自己調節を障害し、急性腎障害 (AKI) を引き起こす可能性がある。eGFR < 30mL/min/1.73m<sup>2</sup> では禁忌、30 ~ 60 では単回のみで翌日以降は内服中止とする。必要に応じて腎機能を再確認。

### 【消化管出血リスク】

高齢者・消化性潰瘍の既往・抗凝固薬・ステロイド・低用量アスピリン使用者は消化管出血リスクが増大する。これらに該当する場合は原則として投与を避ける。使用する場合は PPI の同時処方必須とする。NSAIDs と PPI のセット処方を習慣化する。

### 【心血管・浮腫・血圧】

虚血性心疾患・重症心不全・難治性高血圧合併例では使用を避ける。セレコキシブは COX-2 選択性が高いが心血管リスクがあるため注意する。Na 貯留作用による血圧上昇・浮腫悪化にも留意する。

### 【飲水管理】

「頻尿を減らすため」からと過度な水分制限をしないよう指導する (脱水・熱中症リスク)。

#### △ 頓用使用の原則 (必ず泌尿器科専門医・主治医の処方のもとで)

- ① 適応外使用であることを患者・家族に十分説明する。
- ② 使用前に必ず腎機能 (eGFR) を確認：eGFR < 30 では禁忌、30 ~ 60 では慎重使用または単回のみ。
- ③ 消化管出血リスクが高い患者 (潰瘍既往・抗凝固薬使用など) には原則投与しない。
- ④ PPI の予防的併用を原則とする。
- ⑤ 心血管疾患・重症心不全・難治性高血圧合併例では使用を避ける。
- ⑥ 使用頻度は月 4 ~ 6 回以内・連日使用禁止・1 回 60mg (ロキソプロフェン) を超えない。
- ⑦ 市販 NSAIDs (イブプロフェン等) の自己判断使用は禁止し、処方薬のみとする。

## 5. 患者・家族への説明のポイント

本アプローチを患者・家族に説明する際は、適応外使用であることと専門医への相談の必要性を最初に明確に伝えることが前提である。その上で以下を説明する。

- ・「頻尿を根本的に治す薬ではなく、特定の場面に限った助け舟であること」を伝え、過剰な期待を防ぐ。
- ・「家族と旅行を安心して楽しんでほしい」という前向きなメッセージで提案し、社会参加への意欲を支持する。
- ・次回の泌尿器科専門医・主治医受診時に必ず使用効果・副作用の有無を報告する。
- ・下肢浮腫が夜間頻尿の背景にある場合は、出発前にデイサービス・弾性ストッキングで浮腫を改善しておく効果が増す。

## 6. まとめ

過活動膀胱患者の「外出制限」は、維持療法の最適化だけでは解決できない場面が多く、「今日だけ頻尿を抑えたい」という患者・家族のニーズに応える手段として NSAIDs の PG 抑制作用を頓用として活用することは、特定の社会的活動における頻尿抑制と社会参加の回復に貢献しようと考えている。

ただし、これは頻尿・OAB に対する適応外使用であり実際の処方にあたっては、①泌尿器科専門医への相談、②腎機能 (eGFR) の必須確認、③消化管出血リスクの評価と PPI の予防的併用が重要であることを、処方医・患者・家族の全員が理解した上で進めることが不可欠である。

慢性期医療の現場では、維持療法の最適化に加え、



図2

患者の「今日、どこかに行きたい」「今日この時間だけ楽しみたい」という意欲を支える個別的な工夫が求められる。NSAIDs の適切な頓用は、その選択肢の一つとして、十分な安全評価と患者教育のもとで活用されることを期待したい。

## 第34回日本慢性期医療学会

# 健康経営からはじまる地域共生社会（まちづくり）の実現 ～慢性期医療が果たすべき役割とは～

第34回日本慢性期医療学会 学会長 中尾一久

まず、私が「地域共生社会（まちづくり）」をテーマにした理由を述べる。

### 【八紘為宇（はっこういう）】

「八紘為宇（はっこういう）」という言葉がある。この言葉は、紀元前660年2月11日（旧暦）、日本の初代天皇である神武天皇が即位された際に掲げた理想だとされている。「八紘」とは、八つの方角、つまり「全世界」「全宇宙」を意味し、「為宇」は、それらを「一つの家のようにする」、つまり「世界を一家のようにする」ということである。この言葉は、「八紘一宇（はっこういちう）」としてかつて戦争の時代に利用され、第二次世界大戦に至る中で言われた「天皇総論」であり、戦後には公文書において使用を禁止されたこともある。しかしながら、この「八紘為宇」は、世界中の人々が多様性を認め合い、調和の中で共に未来を築く社会、所謂「共生と調和」の思想である「地域共生社会」の実現を表している。現代において、この「地域共生社会」は「まちづくり」とも言われ、「地域包括ケアシステム」の原点と言っても過言ではない。

私はこの考え方が、紀元前の時代から日本にあったことに感銘を受け、本学会のテーマとした。そして地域共生社会（まちづくり）実現に必要な健康経営とは？ 更には慢性期医療がどのような役割を持つべきかを議論したいと思っている。

以下、議論のポイントや視点を挙げる。

## 1. 「健康経営」が地域共生社会（まちづくり）につながる理由

健康経営は、企業（医療機関）が従業員の健康を経営資源として捉え、戦略的に投資する考え方である。これが地域づくりと結びつく理由は、次の4点にある。

①働く世代の健康が地域の活力になる。②生産年齢人口の健康が保たれるほど、地域経済は持続しやすくなる。③企業（医療機関）は地域の大きなコミュニティの一部で、企業の健康施策が地域の医療・介護・福祉と連携することで、地域全体の健康度が底上げされる。④健康経営は“予防”を重視する。

予防は医療費の抑制だけでなく、地域の生活の質（QOL）向上にも直結する。つまり、健康経営は企業（医療機関）内にとどまらず、地域全体の健康づくりの起点になり得ると考える。

## 2. 地域共生社会（まちづくり）とは

地域共生社会とは、「すべての住民が、支え合いながら自分らしく暮らし続けられる地域」を目指す社会モデルで、地域包括ケアシステムの深化・拡大版であり、その特徴は、次の如くである。

- ①年齢・障害・疾病の有無に関わらず共に暮らし、well-beingを目指す
  - ②医療・介護・福祉・企業・行政が連携する
  - ③住民主体の地域づくり
  - ④孤立を防ぎ、つながりを生む仕組みづくり
- ここに一番近い存在の慢性期医療が深く関わってくる。

## 3. 慢性期医療が果たすべき役割とは

慢性期医療は、急性期の治療を終えた後の「生活を支える医療」である。地域共生社会の実現において、慢性期医療は“地域の健康インフラ”として重要な役割を担うべきである。

### （1）生活と医療をつなぐ「地域のハブ」になる

慢性期医療は、患者の生活に最も近い医療であり、以下のような役割が期待される。

- ①在宅医療（訪問診療）・訪問看護との連携
- ②介護事業者との情報共有
- ③地域包括支援センターや居宅支援事業所（ケアマネジャー）との協働
- ④企業の健康経営支援（健康相談、産業医連携など）

### （2）予防・健康づくりの拠点として機能する

慢性期医療は、疾病管理だけでなく、「悪化させない」「再発させない」という予防の以下のような視点を持っている。

- ①生活習慣病の管理
- ②フレイル予防
- ③リハビリによる自立支援
- ④地域住民向けの健康講座

これらは企業の健康経営とも親和性が高い領域である。

### （3）多職種連携の中心として地域をつなぐ

慢性期医療は、医師・看護師・リハビリ・介護・ソーシャルワーカー（ケアマネジャー）・管理栄養士など多職種が協働する現場である。その強みを地域に広げることが重要であり、次のような効果があると考えられる。

- ①医療と介護の切れ目ない支援
- ②住民の困りごとを早期にキャッチ（ゲートキーパーとしての役割）
- ③地域包括ケアシステムの強化・深化

### （4）高齢者・障害者の「地域での暮らし」を支える

慢性期医療は、高齢者・障害者などの長期療養が必要な人や、生活機能が低下した人を以下のように支える医療である。しかも地域共生社会の根幹を支える要素を包含する。

- ①在宅復帰支援
- ②退院後の生活設計と支援
- ③家族支援
- ④地域の見守りネットワークとの連携

## 4. 健康経営×慢性期医療×地域共生社会（まちづくり）

これからのまちづくりの方向性として期待できる未来像は、次の如くである。

- ①企業と医療機関が協働して地域の健康課題を解決
- ②子供・働く世代から高齢者まで切れ目なく支える地域
- ③医療・介護・福祉・企業・行政が一体となったまちづくり
- ④「治す医療」から「支える医療」への転換
- ⑤住民が主体となり、誰も取り残さない地域社会の実現（well-being の実現）

慢性期医療は、地域の“健康の土台”として、企業や住民を巻き込みながら地域共生社会をつくる中心的な存在になるべきである。

**第34回 日本慢性期医療学会**  
(併催) 第14回慢性期リハビリテーション学会

**健康経営からはじまる  
地域共生社会（まちづくり）の実現**  
～慢性期医療が果たすべき役割とは～

会期 令和8年11月19・20日  
会場 福岡国際会議場  
(福岡市博多区石城町2番1号)

学会長 中尾一久  
(医療法人社団久英会 理事長)

主催 : 一般社団法人日本慢性期医療協会 〒162-0067 東京都新宿区富久町11-5 シャトレ市ヶ谷2階  
運営事務局: 株式会社学会サービス 〒150-0032 東京都渋谷区鶯谷町7-3-101  
TEL 03-3496-6950 FAX 03-3496-2150 E-mail: jamcf34@gakkai.co.jp

第34回日本慢性期医療学会   
<https://www.gakkai.co.jp/jamcf34/index.html> 

## 第7回アジア慢性期医療学会 テーマ：未来を紡ぐ慢性期医療～治して戻す～

### Weaving the Future of Chronic Care ～Healing and Restoring～

第7回アジア慢性期医療学会 大会長 高石義浩

この度、2026年11月19日（木）～20日（金）に第7回アジア慢性期医療学会を福岡国際会議場にて開催させていただくこととなった。「アジアの玄関口」として、歴史的に貿易拠点として発展し、アジア・太平洋地域の主要都市との交流が盛んな国際都市である福岡の地で開催できることを大変光栄に思っている。

世界的な高齢化の進展により慢性疾患と共生する時間の延伸を招く中で、慢性期医療への社会的要請は「治し、支える医療」からその先の社会復帰「戻す」までを包含することへと格段に高まっている。故に言うまでもなく、慢性期医療の質の確保と向上はますます重要性を増していく。

ポストモダニズムは20世紀中葉から後半にかけて哲学・芸術・建築などの分野で広まった哲学的な思潮であるが、現代においてもポストモダン医療（postmodern medicine）、近代医学の成果を認めつつも、その限界を乗り越え、より人間的で多様な価値観を認める医療の実現を目指し、人間中心のアプローチや倫理的な議論を深める動きとして表現されている。そして、高齢になり長期ケアに入ったとしても、また急性期に戻り、回復期へ進み、それを繰り返しながら最期を迎えるというケアサイクルの過程において、ADLやQOLを新たな医療のゴールと位置づけて提供するという多様で統合的な医療のあり方が求められている。このような社会的潮流を慢性期医療はより丁寧に繋ぎ合わせて具現化していく必要があり、その結実である良質な医療を次世代へ繋いでいきたいという思いを込めて、本学会のテーマは「未来を紡ぐ慢性期医療～治して戻す～（Weaving the Future of Chronic Care～Healing and Restoring～）」とさせていただいた。

東アジアでは共通して急速な少子高齢化に直面し

ている。日本が世界トップクラスの高齢化率を記録する中、どの国も出生率低下と人口構造の高齢化、そして医療技術の高度化による保健医療支出の高騰と高まる財政への負担という共通の課題を抱えている。これに対し医療費の抑制に向けて、それぞれの国において、入院医療費を中心とした包括払い制度の実施、自己負担の調整、給付範囲の決定と見直しなどの施策が進められている。これらの施策には一長一短があり、保健医療の効率性と公平性のバランスを保つことに係る知見の共有が有用だろう。また人口減少社会は加速度を増して迫ってきており、生産年齢人口の減少が顕在化し、人材確保が喫緊の課題である。日本国内では既に都市部への人口流出を背景に、例えば地方の医療機関は他業種との人材獲得競争にさらされ、職員の確保もままならない状況下にある。このような社会情勢を鑑みて、経済と社会の持続可能性を高めるためにも外国人労働者の受け入れは必須の選択であろう。日本では1993年に日本の技術や知識等を海外移転することにより、国際貢献を果たす目的で技能実習制度が創設されたが、労働力不足の深刻化から非熟練労働力受入れ制度のように維持拡大・運用され、「制度の目的」と「現場の意識」に乖離が生じてきた。実際、2017年には将来的な介護人材不足を予測し介護分野が加えられ、2019年には実習期間をさらに5年延長できる特定技能が追加され人材確保の目的が色濃く表れている。そこで実情に即した形で現行の制度を廃止し、2027年に外国人の人材確保と人材育成を目的とした育成就労制度が施行される。現行の制度は母国への技術や知識等の海外移転を目的とした数年間で帰国する短期ローテーション制度であり、新型コロナウイルス感染症の影響のように国際的な人流が制約された状況においては脆弱性も明らかとなっ

た。外国人労働者が受入国に求めるものは何か。キャリアアップや生活の安定性など様々であろう。外国人労働者に対して受入国は魅力的な制度や環境を提供しなければ、送り出し先として選ばれず人材確保が困難となる。EPA（経済連携協定）に基づく外国人労働者の受け入れなどは、政府間協力による手厚い支援、日本人と同等の賃金保障、合格後の長期滞在が可能で魅力的である。生産年齢人口が減少し人材不足が慢性化している日本の企業にとっても貴重な人材供給源となるだろう。一方で国際交流の一環である限り、受け入れ施設側で長期的な育成と手厚いサポート体制の整備が必須であり、それに係る費用負担の問題なども存在する。前述した育成就労制度は、外国人の労働者としての権利の保護、管理団体などの関係機関の要件を適切化、特定技能への移行に向けたキャリアアップの道筋を明確にすることで、外国人に就労先として選ばれるような制度設計を目指している。今後もその先にある外国人労働者の定住化の可能性や家族帯同などの人権保障の観点、長期的・計画的な人材確保の視点など国際的にも十分な理解が得られるような改善の努力は必要であろう。外国人の権利と国益を両立することで外国人から選ばれる国になるだけでなく、多様性に富んだ活力ある社会、より生きやすい社会になるだろう。単なる労働者の受け入れではなく、外国人との共生社会の実現に向けた一歩であると確信している。さて、一口に外国人労働者の受け入れと言っても、その求められる対象や制度は各国の人口構成や経済成長率によって様々である。高

度人材を求め経済成長を強化したいのか、生産年齢人口の減少に対し単純労働者を確保したいのか、その両方かなど独自の政策が示されている。本学会を通じて、各国の知恵と経験を学び合い、持続可能性を見据えた適切な施策が広く共有され、各国の事情に応じた形でよりよい施策が国際社会に蓄積されていくことを期待している。

未来の慢性期医療を見据えた挑戦にむけて、多くの参加者の方々と白熱した議論がなされる場となることを目指している。福岡の地で皆様とお会いできることを心より楽しみにしている。

未来を紡ぐ慢性期医療 ~治して戻す~  
Weaving the Future of Chronic Care ~Healing and Restoring~

THE 5th 第五回アジア慢性期医療大会  
賦性情報管理 融合創新共享

Long-term Medical Care  
Weaving the New Future  
慢性期医療、ユースケースも織りこむ。

指南  
GUIDE

The 6th  
Asian Congress of  
Medical and Care Facilities  
第6回アジア慢性期医療学会

Date | 2026年11月19日(木) - 20日(金) | Place | SFCC, Fukuoka, Republic of Korea  
Contact | TEL: 03-3496-6950, www.acmf2026@gakkai.co.jp

第7回アジア慢性期医療学会  
The 7th Asian Congress of Medical and Care Facilities

会期: 2026年11月19日(木)・20日(金)  
Nov. 19(Thu.)・15(Fri.)

会場: 福岡国際会議場  
Fukuoka International Congress Center

大会長: 高石 義浩 (北条病院 院長)  
Yoshihiro Takaishi (Hospital Director, Hojo Hospital)

■運営事務局: 株式会社学会サービス 〒150-0032 東京都渋谷区笹塚町7-3-101 TEL: 03-3496-6950 E-mail: acmf2026@gakkai.co.jp

## 2026年4月の記者会見 認知症患者を支える体制整備 療養病棟は受け皿になる



当会は4月9日の定例記者会見で、「認知症患者を支える体制整備」と題して見解を示した。橋本康子会長は「認知症患者数と有病率はいずれも今後増加が見込まれ、患者の多くは高齢で身体合併症を抱えるため、治療は精神科領域だけで完結するものではない」と指摘。「精神症状治療、内科的症状治療、尊厳を守るケアの3つの機能を備えた体制が必要であり、療養病床など慢性期医療の現場が今後の重要な受け皿になる」との認識を示した。

会見で橋本会長は、65歳以上の認知症患者とMCI患者はいずれも2060年に向けて増加していくと説明した。認知症は進行性の疾患であり、軽度の物忘れから始まり、進行すると入浴、排泄、着替えなど日常生活全般で介助を要するようになる。さらに、徘徊、暴言、興奮、妄想、昼夜逆転などのBPSDが表れることもあり、「適切な治療とケアが求められる」とした。

その上で、橋本会長は「現在の認知症治療病棟は精神科病床の中にのみ設けられているが、精神病床全体が減少する一方、認知症治療病床は増加している」と指摘。入院延患者数も増加し、平均在院日数は血管性認知症、アルツハイマー病ともにおよそ1年近くに及ぶ状況を伝え、「今後の受け入れ先確保が課題になる」とし、慢性期医療の果たす役割を説いた。

今後に向け、橋本会長は「療養病床や地域包括ケア病棟、介護医療院などにも、認知症を専門的に診る仕組みを制度として整備していく必要がある」との考えを示し、療養病床の認知症ケア加算についても、より

長期のケアを評価できる仕組みの検討を求めた。

### ■ 都市部では既存病床の転換を

質疑ではまず、都市部で今後急増する認知症患者への対応について質問が出た。記者は「新たに療養病床や精神病床を整備することは土地代や建築コストの高騰、診療報酬上の採算性などを踏まえると現実的ではないのではないか」と指摘した。

これに対し橋本康子会長は「都市部で新たに病院や病棟を整備することは難しい」との認識を示した上で、「今ある制度の中で、空いてきている病棟を転換していくことが現実的な対応になる」とした。精神科病床の一部を認知症治療病棟に転換する動きや、療養病床、介護老人保健施設から介護医療院への転換などに触れ、既存の資源を生かしながら認知症患者を専門的に診る体制を整えていく必要性を指摘した。

池端幸彦副会長も「認知症は長期にわたって入院で支える病気ではなく、BPSDが強く出た時期に専門病棟で集中的に治療し、その後は在宅や施設、療養病床などを上手に使い分けながら診ていくことが重要である」と補足した。とりわけ、身体合併症を有する認知症患者については、療養病床が適した受け皿になるとの見方を示した。

### ■ ポリファーマシー、介護医療院の役割

ポリファーマシーへの考え方や、認知症患者の居場所としての介護医療院、在宅の役割についても質

問が及んだ。

橋本会長は、「高齢者は多病であるため服薬数が増えやすく、本人や家族も薬の内容を十分把握できないまま処方が増え重なっていくことが多い」と説明。1剤ごとの副作用が軽微であっても多剤併用によって副作用が顕在化し、腎機能や肝機能への悪影響が生じることもある」とし、「不要な薬を減らしていくことは慢性期医療における重要な役割の1つである」と述べた。

また、認知症患者の生活の場については、「BPSDが軽減すれば、家族や施設職員が適切な対応方法を理解することで、施設や自宅でも十分暮らしていくことは可能」と説明した。その上で、療養病床が既に多くの認知症患者を受け入れている実態を踏まえつつ、胃瘻や経管栄養が必要な患者にも対応できる介護医療院は、今後さらに重要な役割を担うとの認識を示した。

池端副会長は「身体合併症の治療に際して薬剤調整を行い、認知症症状や便秘などの状態変化を見極めながら処方を見直していくことも療養病床の大切な機能である」と述べた。

### ■ 認知症治療病棟と療養病床の機能分担

認知症治療病棟と療養病床の違いについても質問があった。橋本会長は、認知症治療病棟は精神科病床として位置付けられており、施設やグループホームなどで激しいBPSDが出現し、食事摂取も困難になるような患者が入院することが多いと説明。「精神科的治療により症状を落ち着かせることが主な役割であり、ここが療養病床との最も大きな違いである」とした。

一方、療養病床については、「徘徊や大声などが1日中続くような患者の受け入れは難しい場合があるが、比較的症状が落ち着いており、身体的な医療処置や全身管理を必要とする患者には適している」とした。その上で、精神科医が常勤する認知症治療病棟に対し、療養病床では内科的管理をしっかりと行えることが強みであり、激しいBPSDのある患者と身体合併症の管理を要する患者とで、機能を分けて考えることが望ましいとの認識を示した。

新たな地域医療構想との関係についても質問があった。橋本会長は、「認知症患者はさまざまなス

テージに存在するため、地域ごとに必要病床数を一律に定めることは難しい」との見方を示した。池端副会長も「精神科病床は今後減少していく方向にある一方、身体合併症を有する認知症患者を療養病床などで診ていく流れは地域医療構想の中でも強まっていくのではないかと述べた。

### ■ 地域全体で支える体制づくりを

認知症患者を在宅や施設へ戻していくために、受け皿となる側のケア能力をどう高めるかも論点となった。橋本会長は、「現状では施設や自宅など、戻り先のケアのスキルは十分とは言えない」としながらも、「認知症はBPSDが軽減し得る。家族や施設職員が対応方法を学べば、施設でも家庭でも生活を継続できる可能性は十分ある」と指摘した。その上で、「今後は研修や勉強会を通じて対応力を高め、地域全体で認知症を診ていく体制が必要になる」と述べ、当会の取り組みを紹介。長年にわたり実施している看護師向けの認知症ケア講座などを挙げた。

橋本会長はまた、「認知症サポーター養成講座のように、銀行やスーパーなど地域住民を含めた教育も重要である」と説明。一般の人や家族向けの研修、介護現場での専門的な学びの機会をさらに広げる必要があるとし、オンラインの活用も含めた裾野の広い教育の必要性に言及した。

池端副会長は「それぞれの段階で、いろいろな関わり方があるのが認知症だ」と指摘。軽度から中度、BPSDが発現する段階、落ち着きを取り戻した段階など、各ステージに応じたケアの必要性を伝え、「認知症は病院だけで支え切れるものではなく、福祉や行政を含めた地域全体の協力が不可欠である」と強調した。

池端副会長は「症状の段階に応じて、在宅、施設、専門病棟、療養病床などを行き来しながら支える視点が重要であり、家族や多職種の理解と関与によって、在宅での生活を支えられる事例も少なくない。認知症高齢者の増加が見込まれるなか、地域ぐるみで支える体制づくりが必要ではないか」と語った。

詳細はホームページに掲載しておりますのでご覧ください。

<http://manseiki.net/?p=12281>

## 東京都慢性期医療協会

# 「第31回東京都慢性期医療学会」を開催

東京都慢性期医療協会 会長 進藤晃

東京都慢性期医療協会は、2026年1月31日(土)に東医健保会館にて「第31回東京都慢性期医療学会」を開催した。学会長は信愛病院理事長の越永守道氏が務め、多くの会員施設が参加し、32演題が発表された。冒頭では学会長に続き、進藤晃会長が挨拶を行った。

午前には、進藤晃氏の著書『慢性期医療の品質マネジメント』がデミング賞委員会による2025年度日経品質管理文献賞を受賞したことを記念した講演が行われ、管理指標の目的化への問題提起と、本来の目的に立ち返った質の高い医療の重要性が強調された。また、業務の可視化や標準化、内部監査などの手法が解説された。

特別企画ではパネルディスカッション「慢性期医

療の課題・展望を語る」を実施。都内各地の病院の理事長・院長が登壇し、多機能化や生活支援センターとしての役割、在宅連携、診療報酬の課題などを議論した。重症化・高齢化を背景とした役割変化や、看取り・ACPの必要性も共有された。

午後は、二会場で演題発表を実施。嚥下障害対応、リハビリ、在宅支援、業務改善、人材育成など多様な発表が行われた。賛助会員による展示ブースには4社が出展し、交流や情報提供が行われた。

最後に優秀演題を表彰し、第一会場はみなみ野病院の荒尾雅文氏、第二会場は信愛の園の宮田晋浩氏を受賞した。閉会にあたり、本学会が学びと交流の場として重要であることが示され、今後の発展への期待が述べられた。



写真1 都慢協学会第一会場



写真2 都慢協学会第二会場

## 石川県慢性期医療協会

## 研修会開催報告

石川県慢性期医療協会 事務局

2026年3月15日（日）石川県金沢市の地場産業振興センター本館において、石川県病院協会、全日本病院協会石川県支部、日本病院会石川県支部、日本医療法人協会北陸支部、石川県慢性期医療協会共催の研修会が行われた。テーマは「2026年度診療報酬改定への対応」、タイトル「2026年度診療報酬改定と今後の病院医療」で講師に社会医療法人名古屋記念財団理事長 太田圭洋氏をお迎えし、仲井培雄座長のもと86名の参加をえて盛大に行われた。

講演内容として2024年秋の時点で、全国の病院の約7割が深刻な赤字に陥っており、介護施設の倒産件数も過去最高を記録している。急激な物価高騰が続く中、自民党総裁選・衆院選いずれにおいても「現役世代の負担軽減」が強調され、病院の窮状を訴える声は政治に届いていない状況であった。このまま2024年改定と同様の対応が続けば、民間病院を中心に日本の病院医療が崩壊しかねないとの危機感が背景にある。こうした状況を受け、日本医療法

人協会をはじめとする病院団体は、補正予算要望や財務大臣・首相官邸への要望活動を精力的に展開した。その結果、2026年度の本体改定率は2年合計で3.09%（2026年：2.41%、2027年：3.77%）が決定された。薬価引き下げ分（-0.87%）を差し引いたネット改定率は2年合計2.22%となる。今次改定は一定の前進であるが、医療費のGDP比は2026年度でも7.45～7.47%程度にとどまり、国際的にも依然として低水準に留まる。「骨太の方針2025」においては物価・賃金上昇分を別枠として扱う方向が示されたものの、病院医療への言及は乏しい。少子化の加速により、2040年に18歳を迎える世代は現在の3分の2以下になる見込みであり、地域医療提供体制の抜本的な見直しは避けられない。各病院は機能再編・統廃合・撤退も含め真剣に対応を検討するべきであり、現在の延長線上に2040年の答えはないと明言された。

最後に日本病院会石川支部長 岡田俊英氏に締めのご挨拶を頂き研修会を終了した。



写真1



写真2

## 山梨県慢性期医療協会

## 2025年度 山梨県慢性期医療協会・講演会

山梨慢性期医療協会 事務局

城東病院 法人事務局長 岡利樹

令和8年3月19日、山梨県医師会館にて、山梨県慢性期医療協会主催の講演会を開催した。本講演会には、日本慢性期医療協会会長の橋本康子氏を講師として迎え、「慢性期医療の将来像～今こそ、寝たきりゼロ作戦を！～」をテーマにご講演いただいた。

講演では、社会保障費の増大、要介護者の増加、医療・介護人材の不足といった現状が示され、「現状維持では医療・介護は成り立たない」との強い問題提起がなされた。そのうえで、慢性期医療の役割として「要介護状態を改善させる」「悪化させない」「寝たきりを作らない」という3つの方向性が示され、わずか1%の改善でも大きな社会的効果を生み得ることが具体的に示された。

また、医療の質向上の手段として、①診療報酬の活用、②DXの推進、③日々のケアの質向上の3点が重要であるとされた。診療報酬は「医療の質を示

す道標」であり、上位基準の取得や加算の算定を通じて質の向上を図るべきであると強調された。さらに、オンラインSTによる地域格差の是正や、介護職によるADLリハの実践など、多職種による継続的な関わりの重要性が示された。

加えて、直近の記者会見内容にも触れられ、2026年度診療報酬改定においては「プラス改定を医療の質に変える」視点が不可欠であるとされた。特に認知症ケア加算においては身体的拘束を行わないことが評価される仕組みが強化されており、慢性期医療においても身体拘束ゼロを目指す取り組みが一層求められていることが示された。

本講演会を通じ、慢性期医療が担うべき役割とその具体的実践について理解が深まった。今後も地域において「寝たきりゼロ作戦」を推進するとともに、身体拘束に依存しない質の高いケアの実現に向けて取り組んでいく必要があると認識した。



写真1



図1

## 徳島県慢性期医療協会

## 令和7年度 徳島県慢性期医療協会活動報告

徳島県慢性期医療協会 会長

保岡クリニック論田病院 理事長 保岡正治

徳島県慢性期医療協会は、毎年、「1. 講演会」「2. 研修会」「3. 勉強会」を開催している。令和7年度は、「1. 第29回講演会：医療DXをテーマ」「2. 研修会：県歯科医師会による口腔ケアハンズオンセミナー」「3. 勉強会：入退院支援部門談話会」を開催したので報告する。運営には、地域医療介護総合確保基金を活用した。

### 1. 講演会：医療DXの取り組みに関する講演会を開催した。

DX推進は、新たな地域医療構想でも重要テーマであり、当会も、地域医療提供体制構築に必須であるPMFへの認識を進めるために、県内での官民一体の入退院調整システムを模索していた。

令和8年3月18日、県立中央病院の経営・医療DX担当部門長の井崎博文副院長（4月から病院長）による、「医療DXは本当に医療を変えられるのか？～徳島県立中央病院情報戦略センターの試み～」と題するご講演を伺った。

経営指標の可視化とDPC特定病院への復帰までの経過につき熱く語られ、多職種連携による課題解決体制の構築内容を紹介頂いた。公的病院は赤字の解消対策に大変であるが、職員全体の意識づくりに奔走されており、特にSEとAIが牽引力になるとのお話が印象に残った。

### 2. 研修会：県歯科医師会会員による講演と歯科衛生士による口腔ケア研修会を行った。

令和7年11月29日、歯科医師から「有病者の口腔ケア」及び「誤嚥と誤飲」の講演と、相互実習として、全員で「認知症により口腔ケア時に開いてくれない患者に対する開けてもらう歯科手法」を

学んだ。

コロナ感染症以降、実技演習の場が減っているが、対面でのグループワークの実施は協会活動推進に欠かせない。



写真1 講義

写真2 実習風景

### 3. 勉強会：民間入院医療機関・入退院支援部門談話会で現状を議論した。

本邦は超高齢化が進んでおり、本県も高齢者/慢性期患者の入院治療を要する機会が急速に増えている。入退院支援室/地域連携室は、院内各部署をはじめ介護施設管理者および介護支援専門員との連絡などのコーディネーションを担う管制塔であり、地域全体を病院とみなした活動に繋がる。

令和7年8月22日、県内で慢性期入院医療を担う民間入院医療機関の地域連携担当者に呼びかけ、課題と解決策を話し合う場を設けた。当協会会員5病院から入退院調整室スタッフ11名が出席し、現場からの声を話しあった。なお、全員初顔あわせであった。

地方の協会支部は、人口減少、人材不足、物価高騰等による会員病院の経営難で体力が低下し運営に苦慮している。創設された「医療機関機能報告制度」導入に合わせた自院と地区診断は、現状と将来を推計する上で重要であり、患者住所を加え、より詳しい受療状況を分析する機会となる。

## 愛媛県慢性期医療協会

# 令和8年度 排尿機能回復に向けた治療とケア講座 (排尿自立支援加算・外来排尿自立指導料 該当研修) 開催報告

愛媛県慢性期医療協会 会長  
南高井病院 院長 西尾俊治

令和8年5月9日（土）、10日（日）の2日間にわたって上記講座を開催した（会場：愛媛県生活文化センター、主催：愛媛県慢性期医療協会、後援：日本慢性期医療協会）。研修参加者は医師44名、看護師50名、計94名のうち90名が県外から参加された。令和8年度の診療報酬改定（回復期リハビリテーション強化体制加算）の影響もあって、医師の参加人数も多かった。1日目は医師・看護師対象の研修、2日目は看護師のみ対象の研修。2日目は皮膚・排泄ケア認定看護師の指導の下、自己導尿指導、残尿測定（機器を使用）、排泄用具（オムツ装着）の演習がおこなわれた。講義最後は全員が横になり高知大学 骨盤機能センターの井出志正氏により、骨盤底筋訓練の実施方法のトレーニングをおこなった。大塚製薬工場様はじめ多くの企業様のご協力もあり盛況であった。本研修会を通じて参加者全員が排尿ケアチームとしてご活躍していただけるものと確信している。



写真3 骨盤底筋体操のトレーニング



写真1 会場全景



写真2 自己導尿の演習

## 開講講座のご案内

看護師特定行為研修 ※6カ月のeラーニングを含む

【第16期日程】2026年4月1日～

**第14回リスクマネジメント研修**

【日 程】2026年6月10～11日

【開催方法】オンライン研修

**第14回看護師のための認知症ケア講座**

【日 程】2026年8月6～7日

【開催方法】オンライン研修

**第9回経営対策講座～地上の輝く星を知る～**

【日 程】2026年8月22～23日

【場 所】東京研修センター

**第34回日本慢性期医療学会**

【テ ー マ】健康経営からはじまる地域共生社会（まちづくり）の実現  
～慢性期医療が果たすべき役割とは～

【日 程】2026年11月19・20日

【会 場】福岡国際会議場

【学 会 長】中尾一久（医療法人社団久英会 理事長）

【併 催】・第14回慢性期リハビリテーション学会

・日本介護医療院協会セミナー

・地域病病連携推進機構シンポジウム

【同時開催】第7回アジア慢性期医療学会

各研修会の詳細情報は<https://jamcf.jp/symposium.html>からご確認ください。

## 編集者からのメッセージ

本誌第165号では、令和8年度診療報酬改定を軸に慢性期医療の転換点が鮮明に描かれた。「治す医療」から「治し支える医療」へのシフトは不可逆的であり、包括期・慢性期病棟には地域包括ケアのハブ機能が強く求められている。身体拘束最小化や三位一体管理の推進など、質の可視化が経営の根幹を成す時代である。現場の熱意ある実践が制度を動かす原動力となり、地域共生社会の実現に向けた新たな希望となることを確信している。



内田病院 理事長  
田中志子

- 三役会■ 橋本康子（会長）・池端幸彦（副会長）・矢野諭（副会長）  
井川誠一郎（副会長）・中尾一久（副会長）・富家隆樹（常任理事・事務局長）
- 編集委員□ 田中志子（委員長・内田病院）・安藤正夫（副委員長・金上病院）  
中川翼（定山溪病院）・成川暢彦（桜ヶ丘病院）・志田知之（志田病院）
- ◇学術委員◇ 鈴木龍太（委員長・鶴巻温泉病院）・中川翼（副委員長・定山溪病院）・木田雅彦（副委員長・福島寿光会病院）  
中西克彦（定山溪病院）・浦信行（札幌西円山病院）・田中讓（みなみ野病院）・矢野諭（平成扇病院）  
高木賢一（緑成会病院）・加藤寛（泉佐野優人会病院）・松本悟（豊中平成病院）・鉄村信治（奈良東病院）  
齋藤淳（周南高原病院）・保岡正治（保岡クリニック論田病院）・木戸保秀（松山リハビリテーション病院）  
市川徳和（永井病院）

## 日本慢性期医療協会誌 JMC 第165号

(2026 June volume34 No3)  
ISSN 2187-8846

<編集・発行> 日本慢性期医療協会

〒162-0067 東京都新宿区富久町11-5 シャトレ市ヶ谷2階

Tel: 03-3355-3120 FAX: 03-3355-3122 E-mail: info@jamcf.jp

URL: <http://jamcf.jp> BLOG: <http://manseiki.net>

編集 柳田直己（日本慢性期医療協会事務局）

# 未来を紡ぐ慢性期医療 ～治して戻す～

Weaving the Future of Chronic Care ~Healing and Restoring~



## 第7回アジア慢性期医療学会

The 7th Asian Congress of Medical and Care Facilities

会期: **2026年11月19日(木)・20日(金)**  
Nov.19(Thu.)・20(Fri.)

会場: **福岡国際会議場**  
Fukuoka International Congress Center

大会長: **高石 義浩**(北条病院 院長)  
Yoshihiro Takaishi (Hospital Director, Hojo Hospital)

# 第34回日本慢性期医療学会

## (併催) 第14回慢性期リハビリテーション学会



### 健康経営からはじまる 地域共生社会（まちづくり）の実現 ～慢性期医療が果たすべき役割とは～

会期 令和8年11月19・20日

会場 福岡国際会議場  
(福岡市博多区石城町2番1号)

学会長 中尾一久  
(医療法人社団久英会 理事長)



主催：一般社団法人日本慢性期医療協会 〒162-0067 東京都新宿区富久町11-5 シャトレ市ヶ谷2階

運営事務局：株式会社学会サービス 〒150-0032 東京都渋谷区鶯谷町7-3-101

TEL 03-3496-6950 FAX 03-3496-2150 E-mail:jamcf34@gakkai.co.jp

第34回日本慢性期医療学会



<https://www.gakkai.co.jp/jamcf34/index.html>

