

令和8年度診療報酬改定説明会

慢性期医療の使命と役割 在宅サービスも含めた医療・介護の提供体制

～今こそ、寝たきりゼロ作戦を！～

日本慢性期医療協会 会長 橋本康子



日本慢性期医療協会
JAPAN ASSOCIATION OF MEDICAL AND CARE FACILITIES

本日の内容

JAPAN ASSOCIATION OF MEDICAL AND CARE FACILITIES

慢性期医療の使命と役割

～今こそ、寝たきりゼロ作戦を！～

現状維持では成り立たない

社会保障費の国民負担増
要介護/寝たきりの増加
医療・介護人材の不足

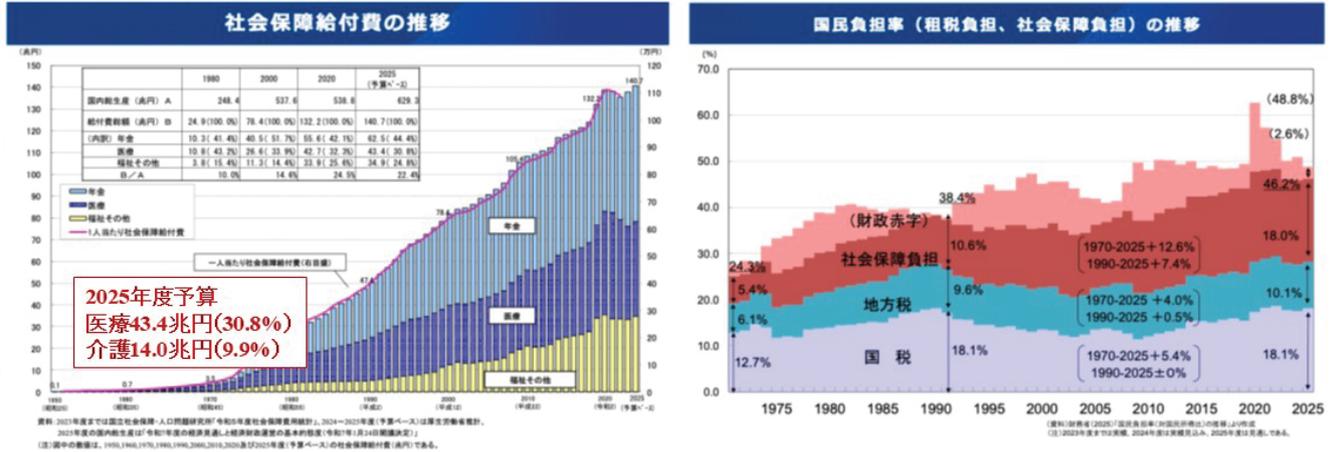
医療介護の質向上事例

診療報酬による向上
DXによる向上
日々のケアによる向上

社会保障負担の問題

医療・介護で40%を占める社会保障給付費は年々増加している。
国民負担の高まりから、給付と負担のバランスが課題となっている。

社会保障給付費と国民負担率の推移

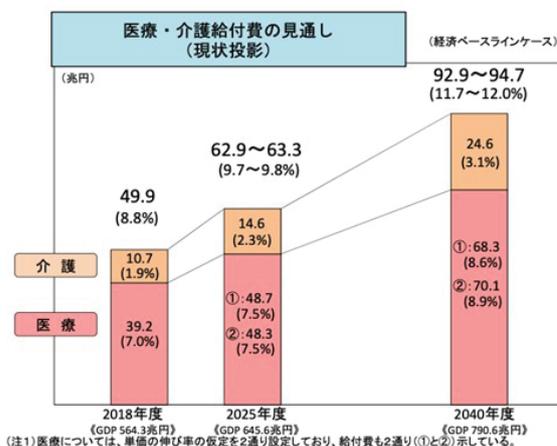


出所：厚生労働省ホームページ「社会保障の給付と負担（マクロベース）」

医療・介護給付の将来推計

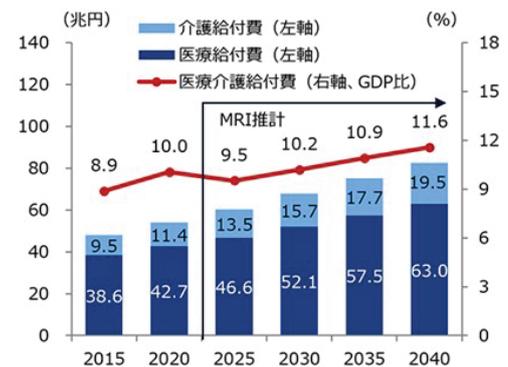
高齢化を主要因として、
医療・介護給付費は今後さらに増加するとされている。

社会保障費「医療・介護給付費」に関する推計



出所：内閣官房・内閣府・財務省・厚生労働省「2040年を見据えた社会保障の将来見通し（議論の素材）」平成30年5月21日

図表2 医療・介護給付費の将来推計

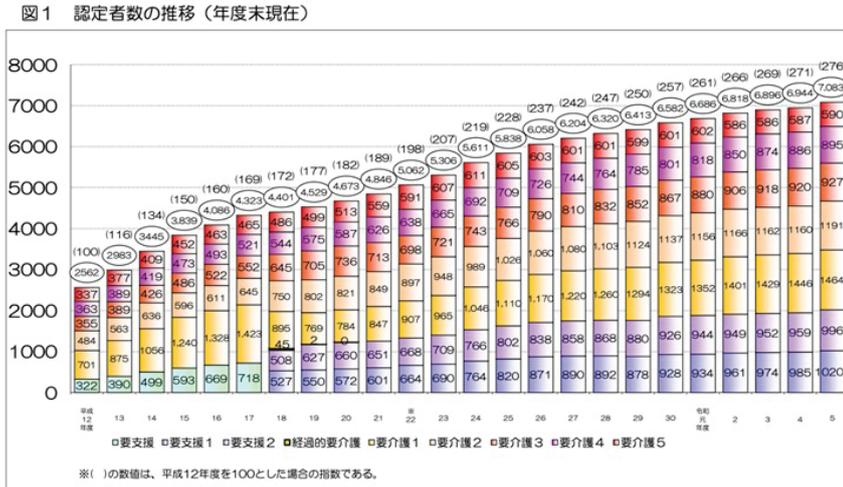


出所：三菱総合研究所「社会保障制度改革の中長期提言」2024年6月14日（2024年11月8日更新）

不健康な期間の問題

長寿による高齢化自体は問題ではない。
長期入院や要介護状態など、不健康な10年間の存在こそが問題である。

要介護（要支援）認定者数の推移（千人）



	男性	女性
平均寿命	81.05	87.09
健康寿命	72.57	75.45
差(不健康な期間)	8.5年	11.6年

厚生労働省健康・生活衛生局健康課
「健康寿命の令和4年値について」

出所：厚生労働省「令和5年度介護保険事業状況報告（年報）」

要介護者のさらなる増加

将来（2040年）においても、高齢者の増加率以上に要介護認定者が増加すると想定されている。

第9期介護保険事業計画等の全国集計（概要）

※年齢は第9期介護保険事業計画期間

○第1号被保険者数

令和5（2023）年度	令和6（2024）年度	令和7（2025）年度	令和8（2026）年度	令和22（2040）年度
3,588万人	3,603万人	3,607万人	3,608万人	3,806万人

2024年→2040年

←高齢者の増加 +5.6%

○第1号被保険者の要介護（要支援）認定者数

令和5（2023）年度	令和6（2024）年度	令和7（2025）年度	令和8（2026）年度	令和22（2040）年度
695万人	705万人	717万人	729万人	843万人

←要介護認定者の増加 +19.6%

○第1号被保険者に対する要介護（要支援）認定者数の割合

令和5（2023）年度	令和6（2024）年度	令和7（2025）年度	令和8（2026）年度	令和22（2040）年度
19.4%	19.6%	19.9%	20.2%	22.1%

←要介護認定率の増加 +2.5%

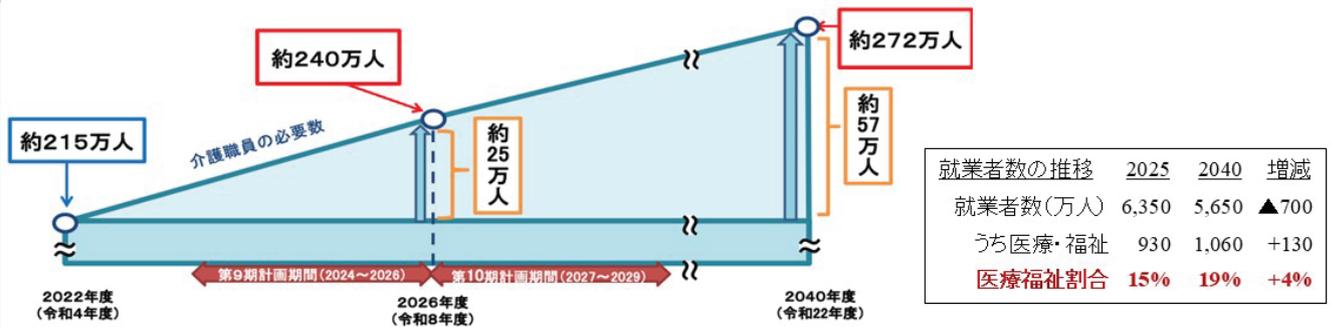
※1）2023年度のデータは、介護保険事業状況報告（令和5年12月月報）における令和5年12月末時点のデータである。
※2）2024年度～2026年度、2040年度のデータは、第9期介護保険事業計画について集計したデータである。

出所：社会保障審議会 介護保険部会（第116回）「介護保険制度をめぐる状況について」（令和6年12月23日）

医療・介護人材の不足

患者や要介護者の増加とともに人材の必要数も増加する。
しかし、国内就業者が減少するなかでの人材確保は容易ではない。

第9期介護保険事業計画に基づく介護職員の必要数

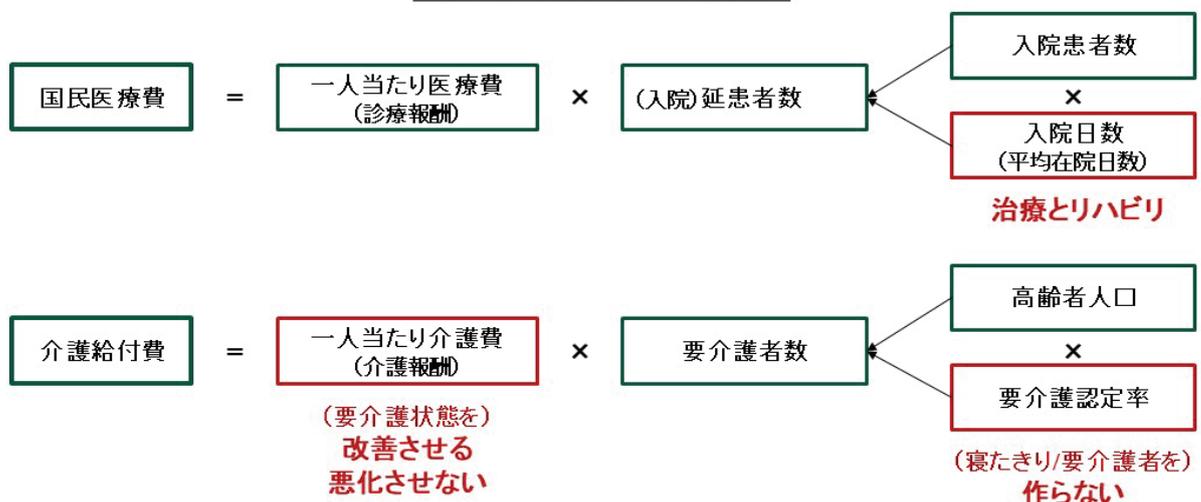


出所：社会保障審議会 介護保険部会（第116回）「介護保険制度をめぐる状況について」（令和6年12月23日）

現状維持では成り立たない

このままでは、カネもヒトも枯渇し、患者のQOLも落ちていく。
今こそ、慢性期医療の役割を発揮するとき。

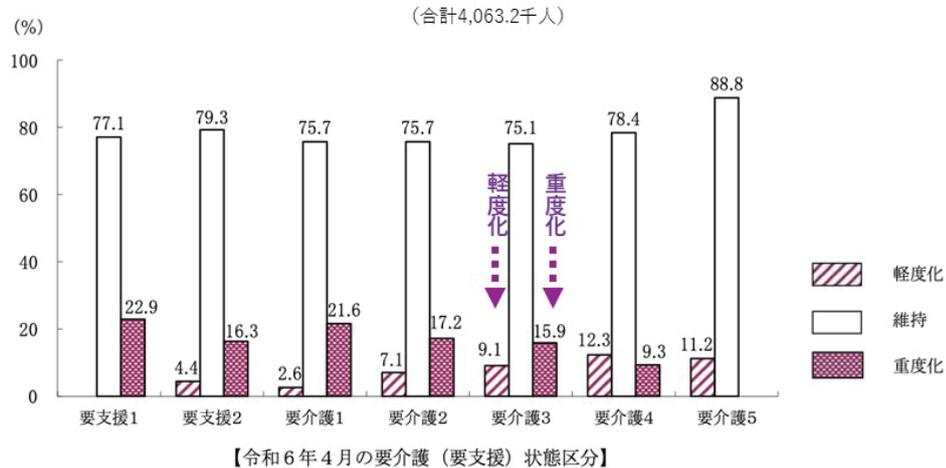
慢性期医療の3つの方向性



要介護度は改善できる

要介護度が重くなっても、10%程度は軽度化（改善）している。改善や重度化防止が、一つの解決方法となる。

図1 年間継続受給者における令和6年4月時点の要介護（要支援）状態区別にみた令和7年3月時点での変化割合

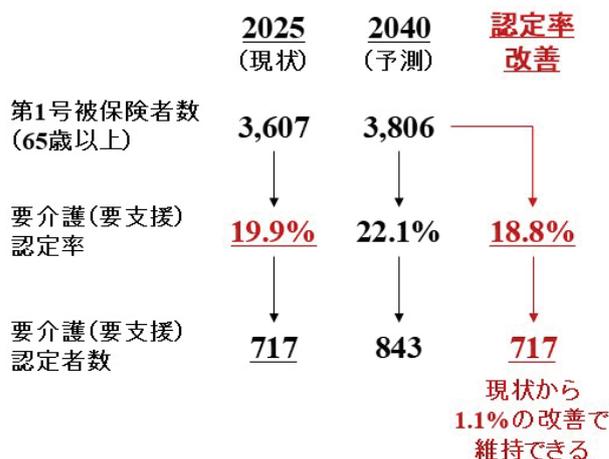


出所：厚生労働省「令和6年度 介護給付費等実態統計の概況」

1%で効果は生まれる

「あらゆる人をすべて良くする」は難しい。改善できる人から改善させる。1%の改善でも大きな効果が期待できる。

（寝たきり/要介護者を）作らない



（要介護状態を）改善させる 悪化させない

図1 年間継続受給者における令和6年4月時点の要介護（要支援）状態区別にみた令和7年3月時点での変化割合
令和6年4月から令和7年3月 (単位: %)

	軽度化	維持	重度化
要支援1	0	77.1	22.9
要支援2	4.4	79.3	16.3
要介護1	2.6	75.7	21.6
要介護2	7.1	75.7	17.2
要介護3	9.1	75.1	15.9
要介護4	12.3	78.4	9.3
要介護5	11.2	88.8	0
合計	6.7%	77.5%	15.8%
1%改善 低減効果	7.6%	77.5%	14.9%
	▲40億円/月		▲40億円/月

出所：厚生労働省「令和6年度介護給付費等実態統計の概況」より加工作成

寝たきりゼロのために

JAPAN ASSOCIATION OF MEDICAL AND CARE FACILITIES

医療介護の質向上が、寝たきりをなくす。
診療報酬の活用、日々のケア、DX利用でも向上できる。

医療介護の質向上事例



10

① 診療報酬による質向上

JAPAN ASSOCIATION OF MEDICAL AND CARE FACILITIES

診療報酬点数 = 医療の質

11

医療の質＝診療報酬点数

JAPAN ASSOCIATION OF MEDICAL AND CARE FACILITIES

上位基準の取得や加算の算定が「良質な医療」として評価される体系。
診療報酬制度を活用して、医療の質を高める。

施設基準（＝医療の質）による評価が明確に

	入院料(改定)	物価対応料(新設)
回復期リハビリテーション病棟入院料1 ...	2,346点(+117点)	19点
回復期リハビリテーション病棟入院料5	1,794点(+98点)	15点
地域包括ケア病棟入院料1 ...	2,955点(+117点)	27点
地域包括ケア病棟入院料4	2,187点(+85点)	19点
療養病棟入院料1の入院料 1 ...	2,035点(+71点)	18点
療養病棟入院料1の入院料27	901点(+71点)	8点

注: 上位基準との差は拡大 (回復期リハ1と回復期リハ5の間)
注: 同じ医療機能でも基準による差あり (回復期リハ1と地域包括ケア1の間)

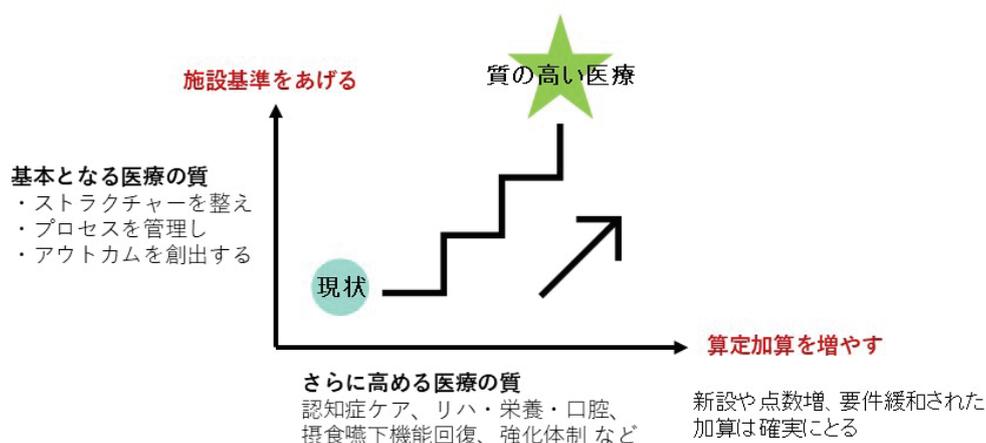
12

診療報酬は質向上への道標

JAPAN ASSOCIATION OF MEDICAL AND CARE FACILITIES

診療報酬は、質向上への具体的な方法を示している。上位基準を取得し、可能な限りの加算を算定する。

診療報酬は質向上の方向性を示す道標



13

診療報酬による質向上 排泄

JAPAN ASSOCIATION OF MEDICAL AND CARE FACILITIES

自宅退院への障壁は、排泄と摂食。
在宅復帰を目的とする回復期リハ病棟での排泄動作改善を重点化。

回復期リハビリテーション病棟入院料

回復期リハ入院料1

改 実績指数 (FIM利得)

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

- ・ **実績指数 48**
- ・ **排尿自立支援加算 (届出) 200点/週**
 - ・ 経験を有する医師 (3年経験泌尿器科 or 研修修了)
 - ・ 3年経験+研修修了の専任看護師
 - ・ 経験を有する理学療法士 or 作業療法士
- ・ **退院前訪問指導料 (1割以上)**

FIM (機能的自立度評価法) 項目

セルフケア	①食事 ②整容 ③清拭 ④更衣 (上半身) ⑤更衣 (下半身) ⑥トイレ動作	5点以下から6点以上への改善で+1点	1 2 3 4 5 → 6 7
排泄	⑦排尿コントロール ⑧排便コントロール		自立
移乗	⑨ベッド・椅子・車椅子 ⑩トイレ ⑪浴槽・シャワー		
移動	⑫歩行・車椅子 ⑬階段		1 2 3 4 5 → 6 7

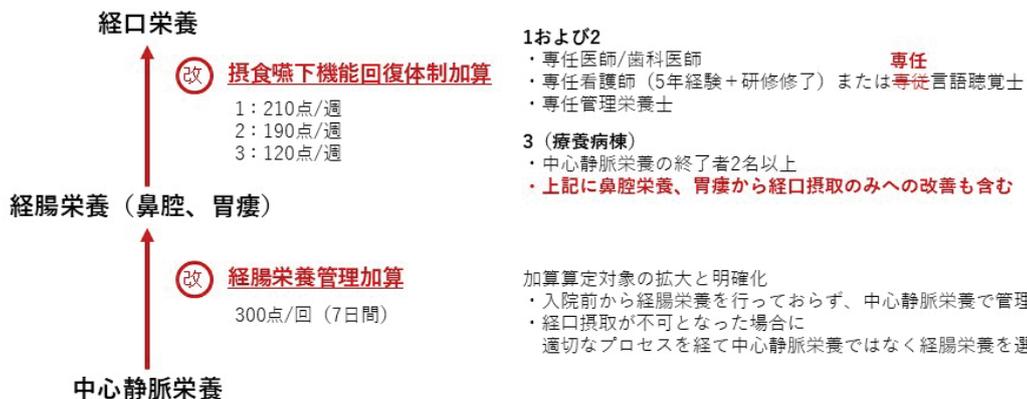
排泄ができれば他の項目もあがる

診療報酬による質向上 摂食

JAPAN ASSOCIATION OF MEDICAL AND CARE FACILITIES

摂食機能改善による加算取得が緩和された。経口摂取を進めることが上位の加算取得につながる。

摂食関連加算の取得促進

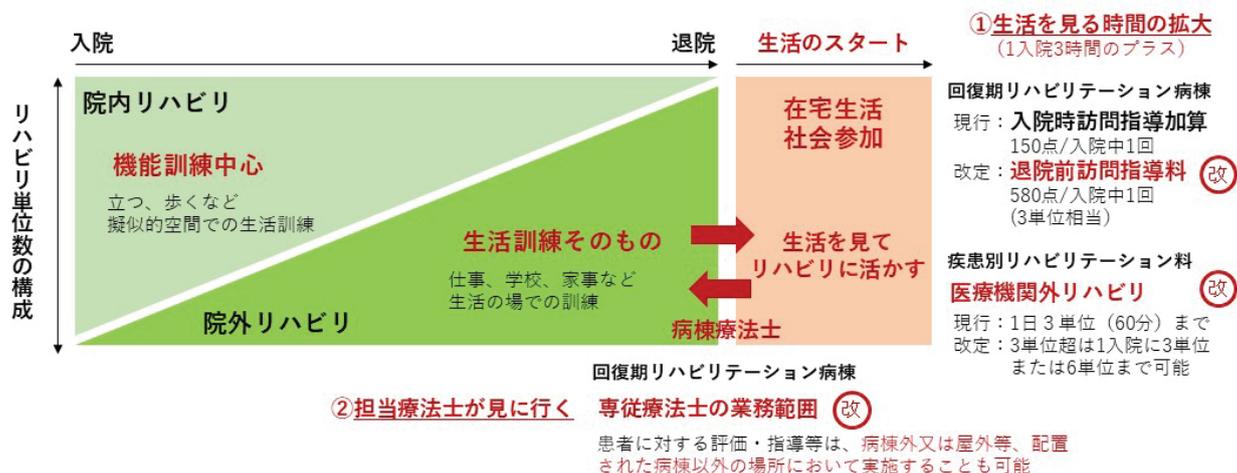


診療報酬による質向上 生活を見る

JAPAN ASSOCIATION OF MEDICAL AND CARE FACILITIES

患者の生活は退院後からスタートする。その生活を、担当療法士が見て、課題に応じてプログラムできる仕組みが整備された。

退院後の生活を見据えたりハビリが実施しやすく



②DXによる質向上

JAPAN ASSOCIATION OF MEDICAL AND CARE FACILITIES

オンラインST外来

言語療法は長期支援が必要

JAPAN ASSOCIATION OF MEDICAL AND CARE FACILITIES

失語症や高次脳機能障害の改善には、2～3年を要するケースがある。退院後のリハビリ支援が欠かせないが、外来での実施回数は少ない。

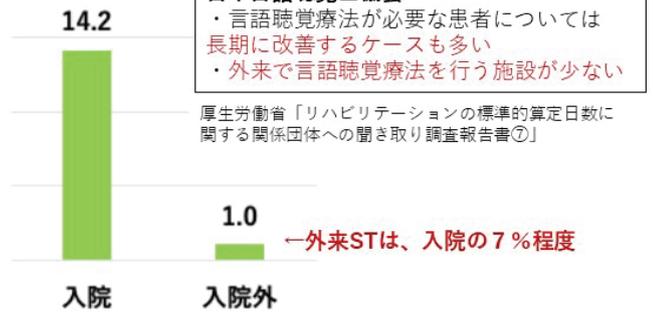
SLTA総合評価法最高到達点までの平均経過月数¹

SLTA総合評価法（書字、発話、言語理解）



脳血管疾患等リハ料（ST）の算定回数³

（百万回/月）



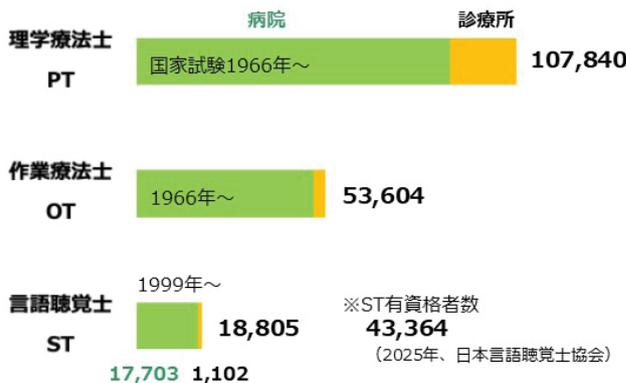
¹中川良尚、小嶋友幸「慢性期の失語症訓練」高次脳機能研究 2012年32巻2号、²回復期リハビリテーション協会「回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する調査報告書 2025年2月」、³厚生労働省「令和6（2024）年社会医療診療行為別統計 令和6年8月審査分」

ST人材の不足と地域偏在

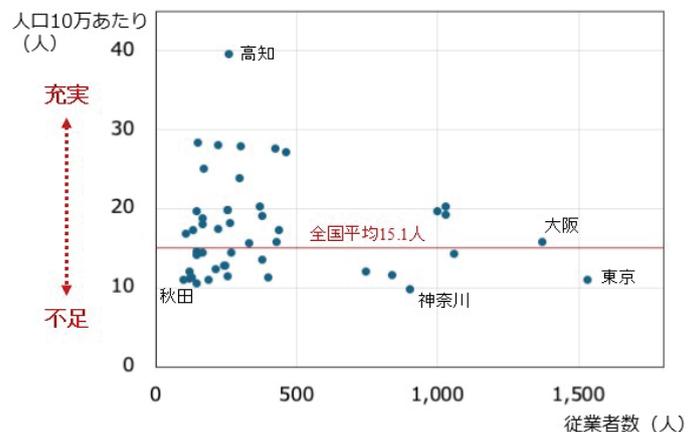
JAPAN ASSOCIATION OF MEDICAL AND CARE FACILITIES

STは、PT/OTに比べて有資格者数が少なく、配置施設数が限定される。地域偏在もあり、STが「提供できない」「受けられない」が発生する。

職種別病院・診療所の従業者数（人）



STの都道府県別従業者数、人口10万あたり従業者数



出所：厚生労働省「令和5年医療施設調査令和5（2023）年10月1日」、人口10万あたりは同資料「人口10万対比率の算出に用いた人口」により算出

外来STのオンライン提供

JAPAN ASSOCIATION OF MEDICAL AND CARE FACILITIES

オンラインSTは、長期支援や提供不足への解決方法となり得る。国内では自費事業者が存在し、米国では適切な提供モデルと位置付けている。

情報通信機器を用いた診療

D to D	遠隔画像診断など
D to P	初診料 再診料・外来診療料など
D to P with D	遠隔連携診療料
D to P with N	看護師等遠隔診療補助加算（再診料等）
外来栄養食事 指導料	医師の指示に基づき当該保険医療機関の 管理栄養士が電話又は情報通信機器に よって必要な指導を行った場合
オンラインST	主に医療機関以外の事業者が自費で提供

米国言語聴覚協会

American Speech-Language-Hearing Association

Telepractice is an appropriate model of service delivery for audiologists and speech-language pathologists (ASHA, n.d.) and may be the **primary** mode of service delivery or may **supplement** in-person services (known as **hybrid** service delivery).

テレプラクティスは聴覚・言語療法 of 適切な提供モデルであり、主たる実施としても対面の補完（ハイブリッド）としても用い得る。

ASHA. Telepractice (Practice Portal). <https://www.asha.org/practice-portal/professional-issues/telepractice/>

20

症例 就労支援へのオンラインST

JAPAN ASSOCIATION OF MEDICAL AND CARE FACILITIES

就労には機能改善に加えて、課題（できること/できないこと）対応が必要。実際の生活を支援することにもオンラインSTは有効。

オンラインSTを経て、2年6ヶ月で就労できたケース

発症	22日	158日 (5月)	435日 (1年2月)	925日 (2年6月)
女性 もやもや病 失語症 ・軽度聴理解低下 ・軽度喚語困難 ・ワーキングメモリ低下	回復期リハ 病棟入院	退院 外来リハ開始 リハビリ内容 ・聴理解強化（復唱、 ニュース聞き取り） ・喚語練習（呼称、まんが説明）	オンラインST開始 沖縄本島（実家）に転居 ・ 運転不可となり移動手段なし ・ 近隣に外来ST施設なし ・ 検査上の点数はほぼ満点も 就労レベルには届いていない	支援終了 会話上達 LINEによる文章改善 映画字幕に対応 邦画も理解 一般企業 （障害者雇用）就労
		当院での実務練習 ・おむつの居室配達 ・右手麻痺影響あり ・半盲により電灯スイッチが わからない ・サイズ、種類を記憶できない	STリハビリのほか、 単発アルバイトにて、麻痺や 半盲、コミュニケーションの 課題確認、得意/苦手の把握 ・クリーニング ・食器洗い ・スーパー品出し ・ホテル清掃 ・連日勤務評価	オンラインST実施には、 ・安定したWi-Fi環境がある ・本人や家族がPC/タブレット操作ができる ・日常会話理解できる程度の聴理解が可能 ・訓練で物品使用を必要としない ・徒手的評価、訓練を必要としない

出所：千里リハビリテーション病院退院後患者へのオンラインST症例

21

オンラインSTの対象と意義（私見）

JAPAN ASSOCIATION OF MEDICAL AND CARE FACILITIES

安全確保のため、対象患者と対象行為を明確化する。地域偏在の是正と長期支援だけでなく、在宅ST人材の掘り起こしの可能性もある。

オンラインSTの対象

- 患者** 退院直後や生活期などの慢性期で、
- ・ 医師やSTが対面で症状を把握し評価している
 - ・ 患者/家族がテレビ会議システムを操作できる
- 行為** 非接触で完結する言語・高次脳機能障害へのリハビリテーション
- ・ 失語、発話、構音障害、言語理解、就学・就業場面の会話訓練など
 - ・ 食形態、食事方法の指導
 - ・ 摂食嚥下評価、訓練は不可（対面のみ）

オンラインSTの意義

- 公平性** ST不在地域への医療アクセスの確保
- 継続性** 退院後フォローなど長期的支援
- 効率性** 退職後など在宅ST活躍の場創出
受診にかかる交通費などの負担軽減
- 有効性** 就労など患者の社会復帰、QOLの改善
適切なアウトカム指標の設定

日本語聴覚士協会

・ 継続の根拠に使われている指標（FIM、BI）は、言語聴覚障害については評価できにくいことから、継続の必要性の説明が難しい。

オンラインST外来の保険適用を

JAPAN ASSOCIATION OF MEDICAL AND CARE FACILITIES

言語・高次脳機能障害患者の社会復帰を支援するため、外来リハビリにおけるオンラインSTの提供を促進すべき。

STの長期支援と地域偏在の解消

	ポイント
目的	明確化
プロセス	実践方法の確立
アウトカム	指標設定/測定

オンラインSTの保険適用

長期にわたる言語能力獲得支援
ST不足地域での外来リハ受診

オンラインSTの保険適用

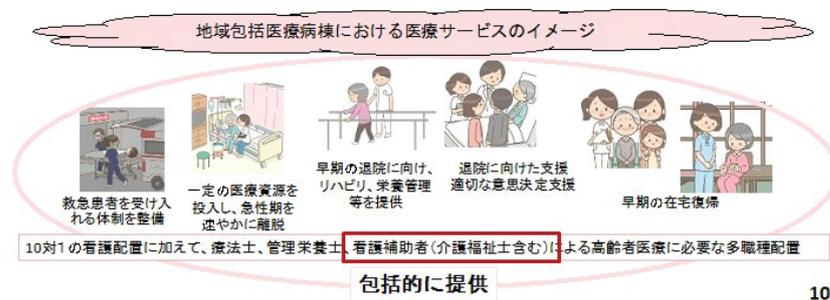
- ・ 対象患者、行為の明確化
- ・ 在宅ST活躍の場創出
- ・ 適切なアウトカム指標の設定

就労支援を重視した社会復帰

寝たきりを減らすリハビリチームと リハビリテーション介護士

寝たきりはチームで防止する

寝たきり防止には、各専門職種によるチーム力が求められる。
介護福祉士もその重要な役割を担っている。



医師	看護師	リハビリ療法士	介護福祉士	管理栄養士	薬剤師
急性期治療、 多病（慢性疾患）、 栄養不良、 脱水、廃用防止	全身状態の観察や 適切なケア提供	疾患別リハビリ など	ADLケア/介入 （直接介護）	栄養管理	ポリファーマシー （適切な服薬管理）

介護職の専門性

JAPAN ASSOCIATION OF MEDICAL AND CARE FACILITIES

患者の日常生活に最も関わるのが介護福祉士（介護職）。その関わりをリハビリ視点でケアすることにより、患者の能力向上を図る。

介護福祉士の定義

専門的知識及び技術をもつて、身体上又は精神上の障害があることにより日常生活を営むのに支障がある者につき心身の状況に応じた介護（喀痰吸引その他のその者が日常生活を営むのに必要な行為であつて、医師の指示の下に行われるもの（厚生労働省令で定めるものに限る。）を含む。）を行い、並びにその者及びその介護者に対して介護に関する指導を行うことを業とする者をいう。

「社会福祉士及び介護福祉士法」第2条第2項

介護職の専門性

2. 「できるADL」を日常生活に積極的に取り入れ「しているADL」に定着させよう

根拠：どの職種よりも多くの日常生活に関わることができ、リハビリで実践する「できるADL」を取り入れ、残存機能を活かし能力の維持、向上を目指す専門性を持つ職種であるため。

回復期リハビリテーション協会「介護5箇条」

できるADL



リハビリ室では歩けているが

しているADL



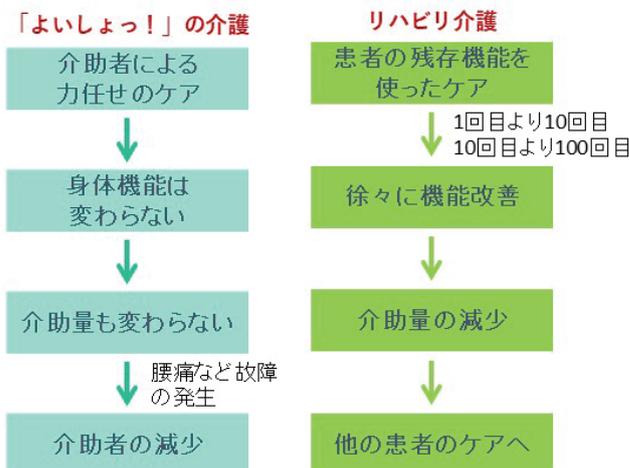
病棟での日常生活は車椅子

介護ケア＝ADLリハ

JAPAN ASSOCIATION OF MEDICAL AND CARE FACILITIES

日常の大半を占めるADLを残存機能を活かしたりハビリ視点で介入（リハビリ介護）。少量頻回のトレーニングとして実施する。

「お世話」ではなく「ADLリハ」として介入



回数を重ねて自立化へ



更衣介助



歩行介助



整容介助



移乗介助

介護職によるケア機会と時間

JAPAN ASSOCIATION OF MEDICAL AND CARE FACILITIES

介護職によるADLケアは、リハビリ療法士（最大3時間）含めどの職種よりも回数が多く時間も長い。

介護職によるADLへの関わり例

6:00		12:00			18:00			21:00		
起床	朝食	昼食	入浴	夕食	就寝					
起き上がり 移乗 整容 更衣 10分	排泄(移乗 歩行 排泄) 10×7回	レストラン移動(移乗 歩行) 5×往復	レストラン移動(移乗 歩行) 5×往復	更衣介助 入浴 40	レストラン移動(移乗 歩行) 5×往復	移乗 整容 更衣 10	おむつ交換			
		食事介助 20	食事介助 20		食事介助 20		早朝夜間などは 看護師と協力し介入			
		口腔ケア 5	口腔ケア 5		口腔ケア 5					

リハビリ介護の潜在力

JAPAN ASSOCIATION OF MEDICAL AND CARE FACILITIES

療法士によるリハとリハ介護により、より多くのリハビリ時間を提供できる。量と質を確保し、機能改善・要介護度改善を促進する。

入院料別リハ提供単位数*

入院料	平均単位数/日
急性期一般1	1.24
急性期一般2~3	1.43
地域一般1~2	1.70
地ケア1	2.00
回リハ1	5.36
	(1単位=20分)

+

ADLケアによるリハ介護時間（例）

内容	頻度	所要時間
■ 朝晩の整容、更衣	10分×2回	20分
■ 排泄（移乗、歩行、排泄）	10分×7回	70分
■ レストラン移動、車椅子から椅子への座り替え	10分×3回	30分
■ 食事介助	20分×3回	60分
■ 毎食後の口腔ケア	5分×3回	15分
■ 入浴（更衣、入浴介助）	40分	40分

リハビリ療法士
30分~2時間

リハビリ介護
4時間

リハビリ介護の技術習得

JAPAN ASSOCIATION OF MEDICAL AND CARE FACILITIES

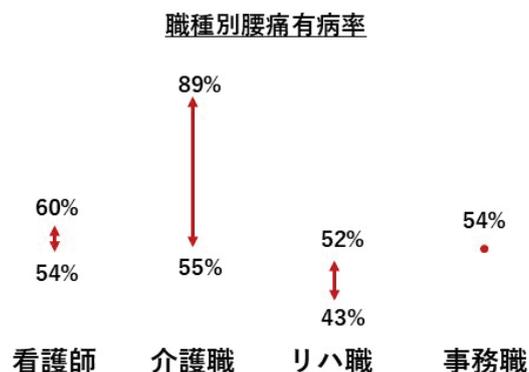
日常ケアを機能改善の機会とするにはリハビリ介護技術が必要。
高いケア技術は、腰痛予防など介護職自身も守ることができる。

適切な介護技術があれば、

腰痛も予防できる



出所：千里リハビリテーション病院PTによる介護職への研修風景



出所：日本予防理学療法学会雑誌第2巻1号（2023）「看護・介護・リハビリテーション職における腰痛の有無とワーカホリズムおよびリカバリー経験の関連」、事務職は日本腰痛会誌，7（1）：100-104,2001「職業性腰痛の疫学」

寝たきりゼロへの10ヶ条

JAPAN ASSOCIATION OF MEDICAL AND CARE FACILITIES

寝たきりゼロへの方針は、35年前に策定されている。
今こそ、寝たきりゼロ作戦を！

寝たきりゼロへの10か条

- 第1条 脳卒中と骨折予防 寝たきりゼロへの第一歩
- 第2条 寝たきりは寝かせきりから 作られる 過度の安静 逆効果
- 第3条 リハビリは早期開始が効果的 始めようベッドの上から訓練を
- 第4条 暮らしの中でのリハビリは 食事と排泄、着替えから
- 第5条 朝おきて先ずは着替えて身だしなみ 寝・食分けて生活にメリとハリ
- 第6条 「手は出しすぎず目は離さず」が介護の基本 自立の気持ちを大切に
- 第7条 ベッドから移ろう移そう 車椅子 行動広げる 機器の活用
- 第8条 手すりつけ段差をなくし住みやすく アイデア生かした住まいの改善
- 第9条 家庭（うち）でも社会（そと）でもよろこび見つけ みんなで防ごう 閉じこもり
- 第10条 進んで利用 機能訓練 デイ・サービス 寝たきりなくす人の和 地域の和

出所：厚生省 平成3年3月7日 老健第18号「寝たきりゼロへの10か条」の普及について

良質な慢性期医療がなければ

日本の医療は成り立たない

～今こそ、寝たきりゼロ作戦を！～



日本慢性期医療協会

JAPAN ASSOCIATION OF MEDICAL AND CARE FACILITIES