

2026.06.09 記者会見

一般社団法人 地域包括ケア推進病棟協会



一般社団法人
地域包括ケア推進病棟協会
Japanese Association of Hospitals for Community-based Care



「ときどき入院、ほぼ在宅」
地域包括ケア病棟を活用して、地域の人と社会の健康を実現します。

会長 仲井培雄

目次

01

2026年度診療報酬改定についての協会としての見解

02

補完代替リハビリテーションはリハビリテーション療法士が実施可能な業務であることについて

03

急性期病棟から地域包括医療病棟への機能転換の支援について

04

第12回研究大会の開催について

05

アカデミー・研修会の実施について

2026年度診療報酬改定についての 協会としての見解

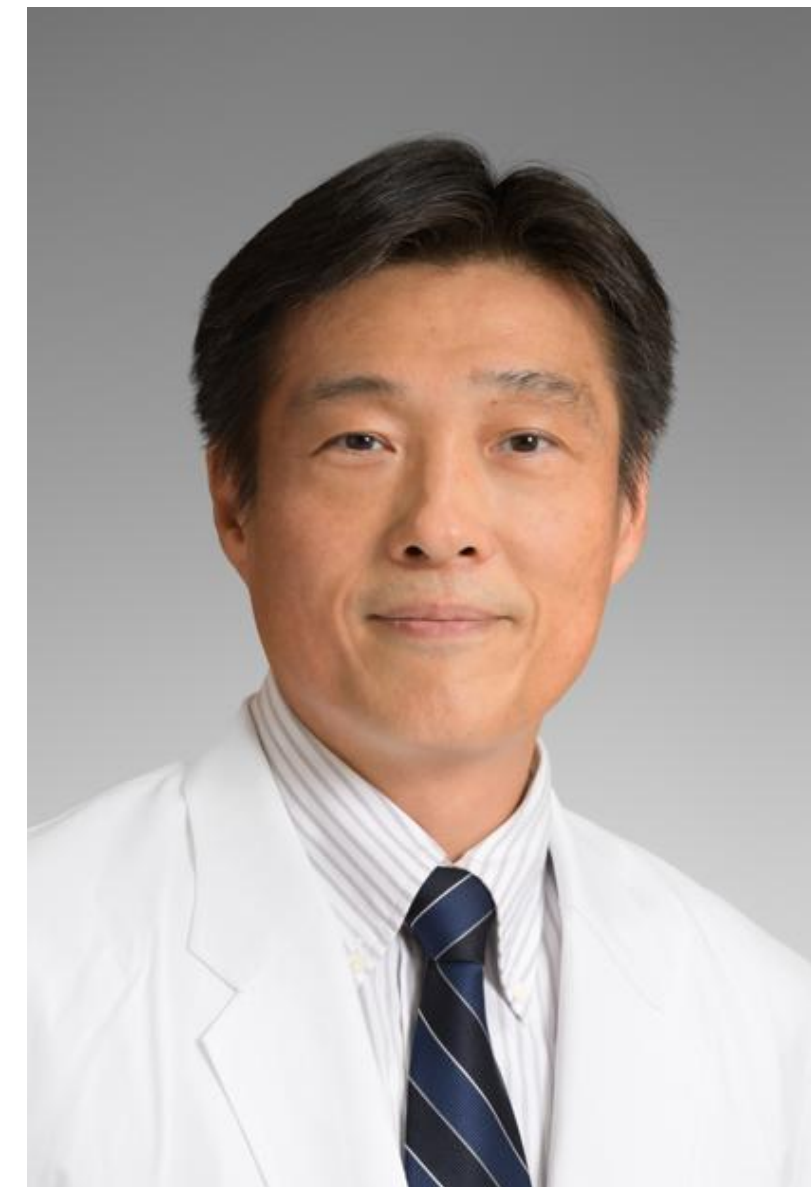
01

2026.04.21~05.07

地域包括ケア推進病棟の未来

2026年度診療報酬改定と地域医療構想を見据えて

※地域包括ケア推進病棟は、**地域包括ケア病棟**と**地域包括医療病棟**の総称です。



一般社団法人 地域包括ケア推進病棟協会 会長 仲井培雄

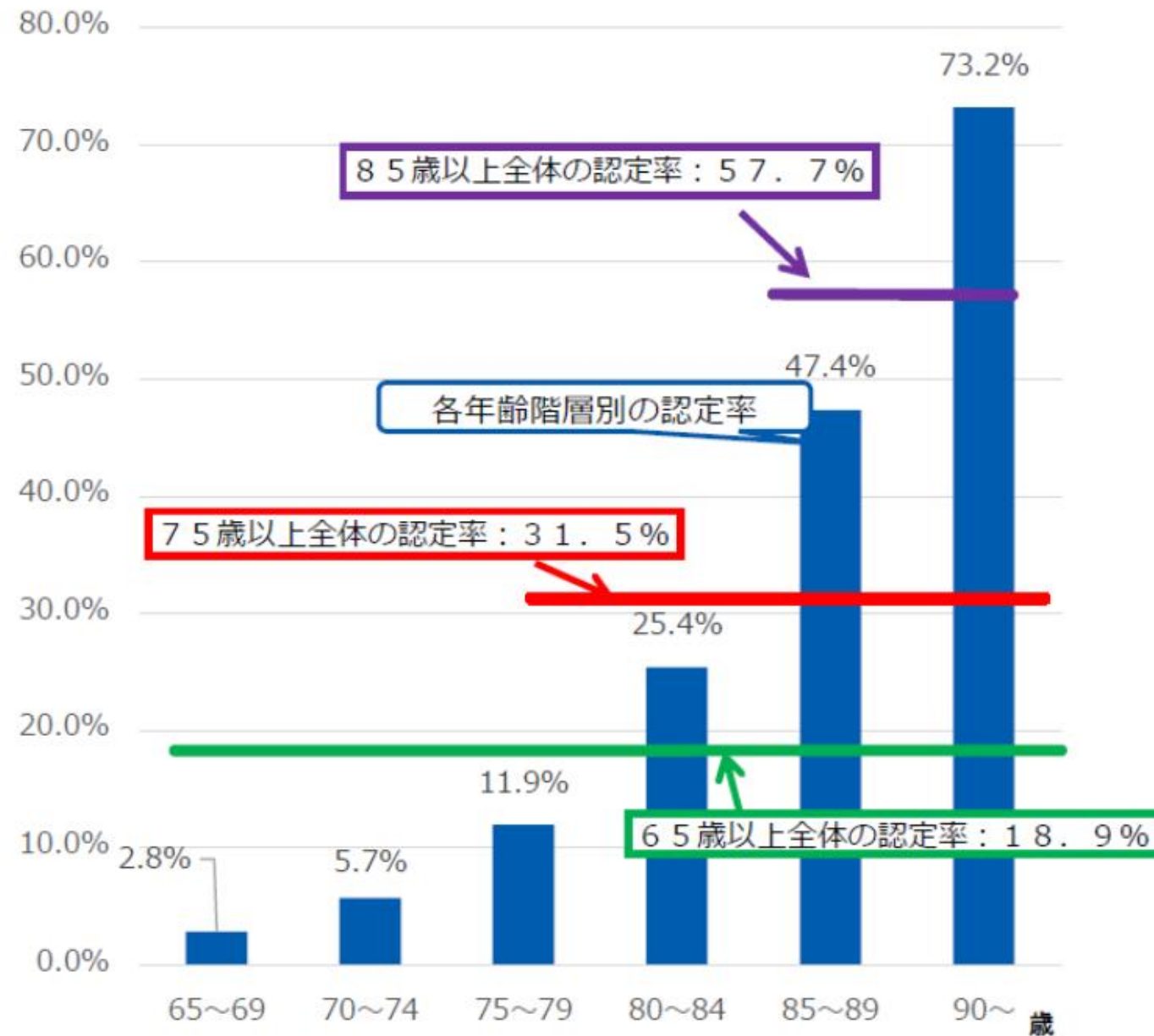
地域包括ケア時代の人口と患者像

医療需要の変化④ 医療と介護の複合ニーズが一層高まる

85歳以上

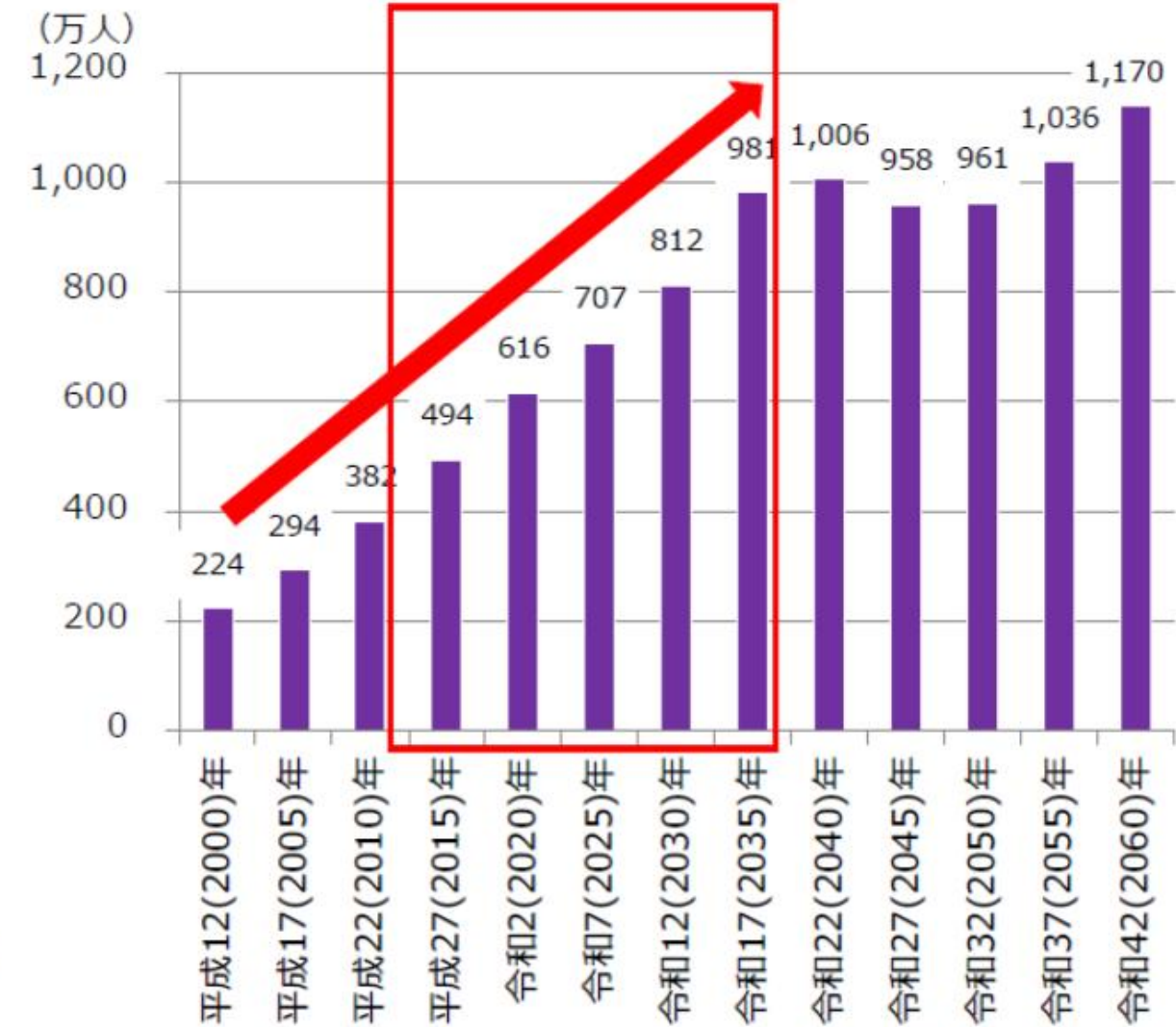
- 要介護認定率は、年齢が上がるにつれ上昇し、特に、85歳以上で上昇する。
- 2025年度以降、後期高齢者の増加は緩やかとなるが、85歳以上の人口は、2040年に向けて、引き続き増加が見込まれており、医療と介護の複合ニーズを持つ者が一層多くなることが見込まれる。

年齢階級別の要介護認定率



出典：2022年9月末認定者数（介護保険事業状況報告）及び2022年10月1日人口（総務省統計局人口推計）から作成

85歳以上の人口の推移



(資料) 将来推計は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」(令和5(2023)年4月推計) 出生中位(死亡中位)推計
2020年までの実績は、総務省統計局「国勢調査」(年齢不詳人口を按分補正した人口)6

85歳以上

2040年の医療需要について

医療・介護の複合ニーズを有する85歳以上の高齢者が増加することが見込まれる。2020年から2040年にかけて、85歳以上の救急搬送は75%増加し、85歳以上の在宅医療需要は62%増加することが見込まれる。

救急搬送の増加

年齢階級別の救急搬送の件数の将来推計

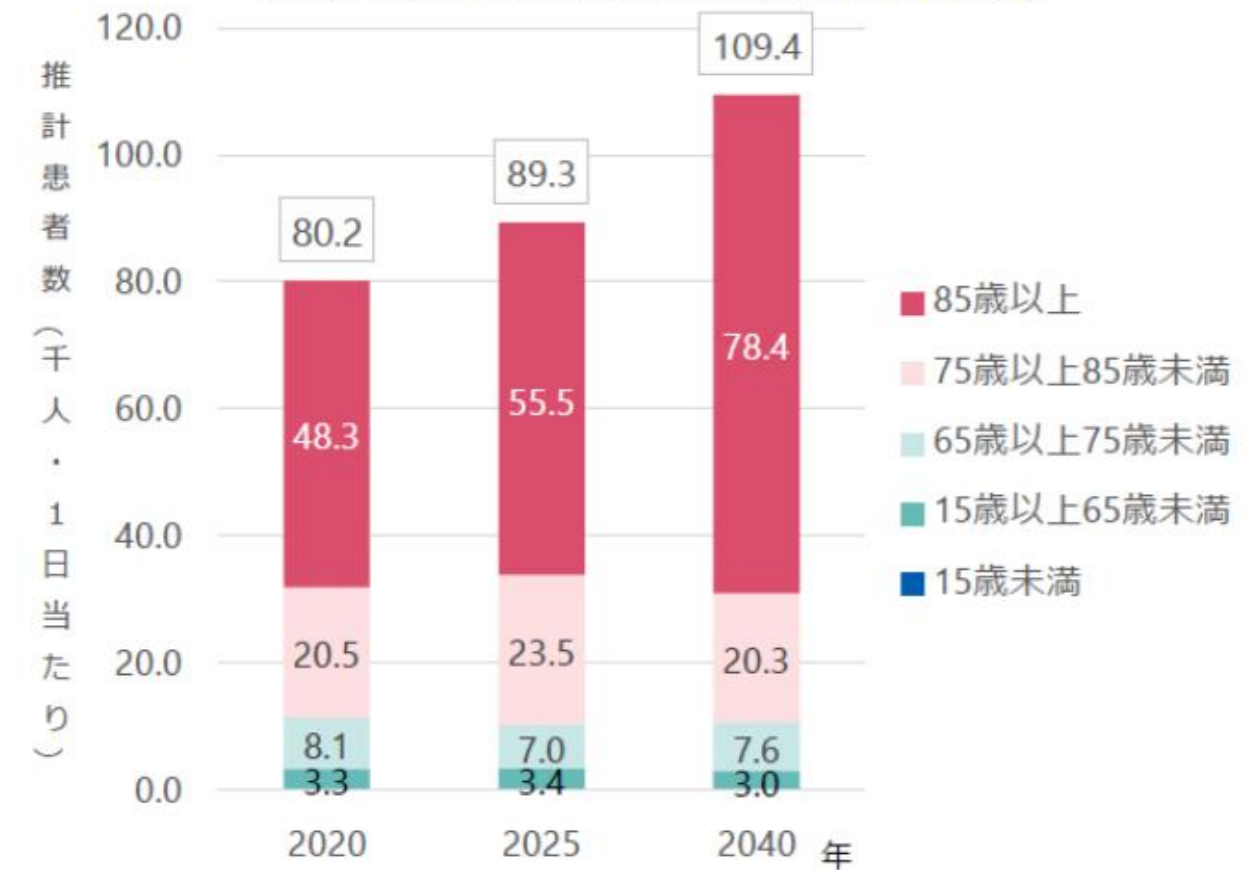


2020年から2040年にかけて、75歳以上の救急搬送は36%増、うち85歳以上の救急搬送は75%増と見込まれる。

資料出所：消防庁データを用いて、救急搬送（2019年度分）の件数を集計したものを、2020年1月住民基本台帳人口で把握した都道府県別人口で除して年齢階級別に利用率を作成し、地域別将来推計人口に適用して作成。
 ※ 救急搬送の1月当たり件数を、年齢階級別人口で除して作成。
 ※ 性別不詳については集計対象外としている。また、年齢階級別人口については、年齢不詳人口を除いて利用した。

在宅医療需要の増加

年齢階級別の訪問診療患者数の将来推計



2020年から2040年にかけて、75歳以上の訪問診療の需要は43%増、うち85歳以上の訪問診療の需要は62%増と見込まれる。

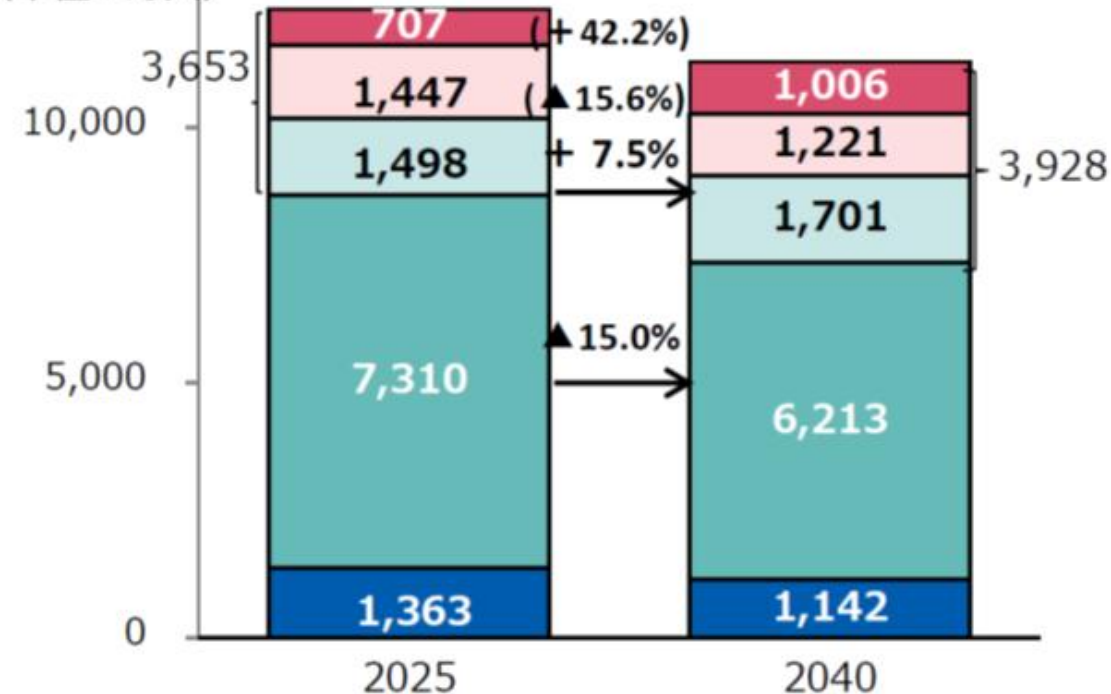
出典：厚生労働省「患者調査」（2017年）
 総務省「人口推計」（2017年）
 国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（2023年推計）」
 を基に地域医療計画課において推計。

2040年に向けた課題

- ガイドラインにおいては、日本全体としての高齢化や生産年齢人口の減少等の課題や、地域ごとの異なる課題を踏まえながら、整理していく必要がある。

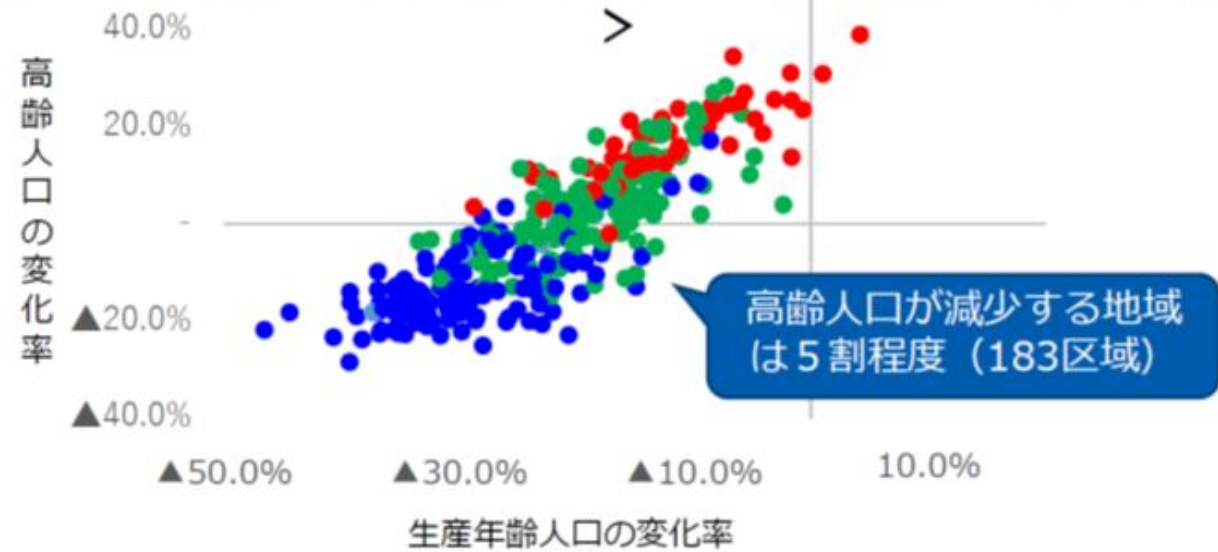
<日本全体の課題（人口構造の変化）>

(単位：万人)



(出典) 総務省「国勢調査」「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口 令和5年推計」

<地域ごとの課題（2025年→2040年の年齢区分別人口の変化の状況）>



大都市型

医療需要

- 地域の人口：横ばい →
- 高齢者人口：増 ↑
- 在宅医療需要：増 ↑
- 外来医療需要：横ばい →

生産年齢人口

- 一部の地域で増 ↑
- 多くは0～30%程度減 ↓

課題

- 増加する高齢者救急・在宅医療の受け皿の整備等

地方都市型

医療需要

- 地域の人口：減 ↓
- 高齢者人口：増 ↑
- 在宅医療需要：増 ↑
- 外来医療需要：減 ↓

生産年齢人口

- 0～40%程度減 ↓

課題

- 支え手の減少に対応できる提供体制の構築等

人口の少ない地域

医療需要

- 地域の人口：減 ↓
- 高齢者人口：減 ↓
- 在宅医療需要：増 ↑ ~ 減 ↓
- 外来医療需要：減 ↓

生産年齢人口

- 10～50%程度程度減 ↓

課題

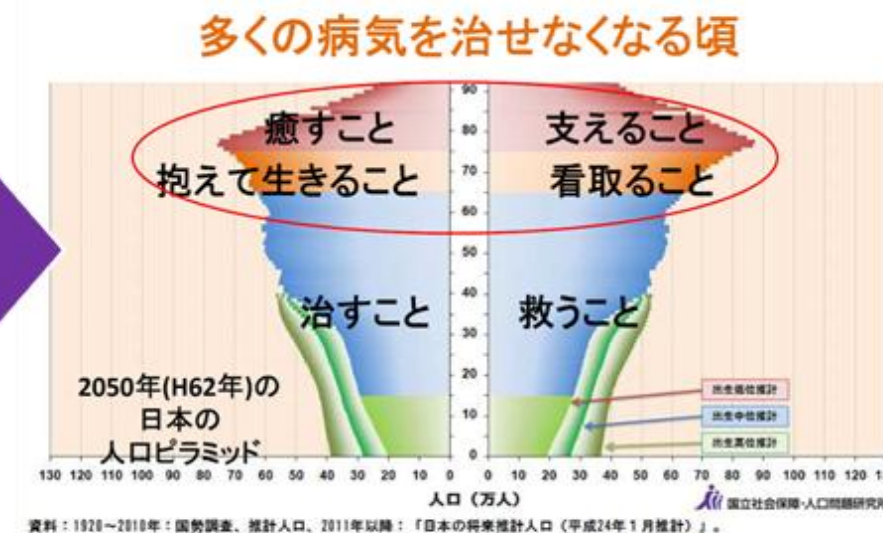
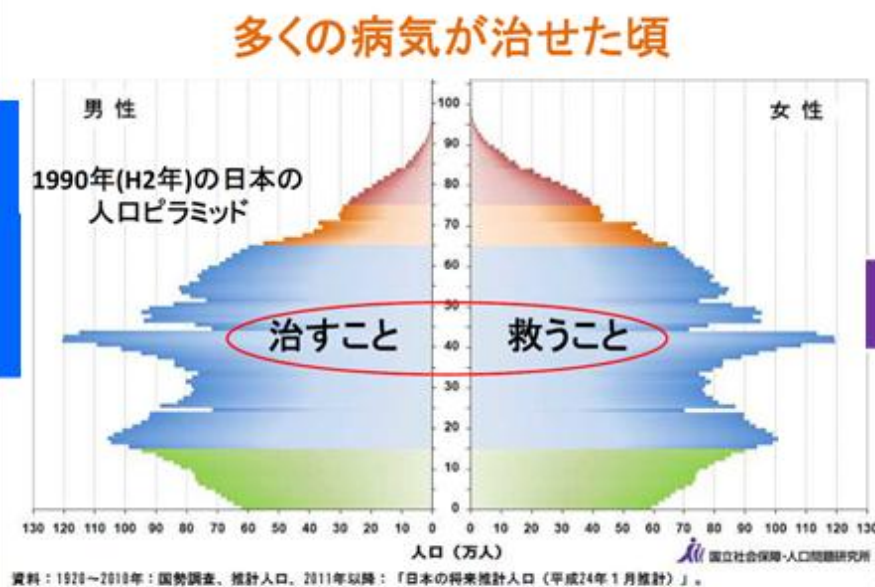
- 地域の実情に応じた必要な医療機能の維持等

※地域毎に状況は異なるものの、大きな方向性について記載

地域包括ケア時代の患者像

- 高齢虚弱で“**multimorbidity**（多疾病併存）”を有する患者は、ADLと栄養状態、認知機能が低下し、ポリドクター・ポリファーマシーになりやすい。入院前から継続して入院中も包括的な生活支援と意思決定支援を要する。
- リハビリテーションは、社会復帰を目指す脳卒中モデルよりも、生活復帰を目指す廃用症候群・認知症モデルが主となる。
- この様な患者において、複数の診療GLに基づく介入のエビデンスは乏しい。その上、患者の価値観はそれぞれ異なるため、ACPや多職種協働カンファレンス等で患者・家族と医療・ケアチームの思いを摺り寄せ、患者QOL向上に資するアウトカムの設定が求められる。

治す
従来型医療
脳卒中モデル



治し支える
生活支援型医療
廃用症候群・認知症モデル

2026年度 診療報酬改定

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

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

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

➢ 精神医療（続き）

- ・急性期病院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

- ・電子的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

<2026年度 改定の要点>

■略語集

*リハ：リハビリテーション

*地ケア病棟：地域包括ケア病棟

*地メディ病棟：地域包括医療病棟

*必要度：重症度、医療・看護必要度

2026年度 改定の要点

■ トピックス

1. 30年ぶり 3%超の大幅プラス改定

→ 賃上げ・物価高騰・経営悪化への緊急対応

2. 人員要件緩和と多職種協働体制の評価

→ ICT活用と医師事務作業補助者・看護職員配置要件緩和

→ 感染対策・安全管理、疾患別・病棟リハ*等専従要件緩和

→ 病棟内多職種協働体制の評価（看護・多職種協働加算）

急性期病院一般入院基本料4、急性期病院B一般入院基本料

2026年度 改定の要点

■ トピックス

3. 新たな地域医療構想や人口少数地域の医療確保

1) 急性期機能の病院単位評価

→ 急性期病院A・B一般入院基本料と急性期総合体制加算1-5の新設

2) 人口少数地域の急性期拠点ケアミックス型病院の評価

→ 急性期病院B一般入院基本料と急性期総合体制加算5の

人口少数地域の特性に応じた救急搬送要件の緩和

(人口20万人未満地域、救急搬送最大)

→ 上記は地ケア病棟*届出可能 (地メディ病棟*不可)

3) 高度急性期・急性期機能の集約化

→ DPC/PDPS対象標準病院の要件厳格化

2026年度 改定の要点

■ トピックス

4. 医療介護DX・オンライン診療の評価

- 電子的診療情報連携体制整備加算の新設
- D to P with N の評価充実

5. 訪問看護の運営基準と療養担当規則の見直しと真摯さの再興

- 健康保険事業の健全な運営の確保
- 財産上の利益收受禁止等

2026年度 改定の要点

■ 高齢虚弱“multimorbidity 患者” 診療の質の向上

1. 入院料通則の見直し

1) 身体的拘束最小化の基準見直し

→ 体制基準に実績基準を追加

2) 入院時食事療養費の見直し

→ 特別食加算に嚥下調整食を追加

2026年度 改定の要点

■ 高齢虚弱“multimorbidity 患者”診療の質の向上

2. 包括期入院医療における高齢者を支える「治し支える医療」の評価
(高齢者救急、下り搬送、後方支援、入退院支援、非がん緩和ケア等)

1) 地メディ病棟*

→ 高齢者の必要度*や内科系緊急入院に配慮した入院料の設定

2) 地ケア病棟*

→ 緊急対応の初期加算引上げ、退院時共同指導料2等の出来高化

→ 急性期病院B一般入院基本料+急性期総合体制加算5は人口20万人未満地域かつ救急搬送最大にて、地ケア病棟*届出可 (地メディ病棟*不可)

3) 両病棟共通

→ 包括期充実体制加算新設、救急患者連携搬送料と入退院支援加算1充実

→ 非がん患者 (末期心・呼吸・腎不全) に対する緩和ケアの萌芽

2026年度 改定の要点

■ 高齢虚弱“multimorbidity 患者” 診療の質の向上

3. 入院早期からの生活機能の維持・向上

1) 病棟内多職種協働体制の評価（看護・多職種協働加算）・・・再掲

急性期病院一般入院基本料4、急性期病院B一般入院基本料

2) リハビリテーション医療の拡充と推進

① リハ*・栄養・口腔連携（体制）加算の拡充

→ 急性期病院一般入院基本料と地メディ病棟*：

同加算2の設定と要件緩和

→ 地ケア病棟*：同加算の新設

② リハ*療法士の業務明確化と補完代替リハの推進・・・後述

→ 疾患別リハ*・特掲診療料（上限週108単位）

→ その他リハ*（含補完代替リハ*）等（単位外業務）

地メデイ病棟： 新設・新規算定加算項目

- 新) 包括期充実体制加算:80点
(1日につき)14日限度
(200床未満、急性期病棟届出無)
- 新) 医療提供機能連携確保加算
:600点(入院初日)
(人口20万人未満かつ人口密度が200人/平方km未満の二次医療圏及び離島)
- 新) 特定薬剤治療環境特別加算
:300点(1日につき)
(カルタヘナ法に基づく管理が必要な薬剤を投与する目的で個室に入院させた場合)
- 新) 口腔管理連携加算:600点
(入院中1回)
(歯科併設なしの医科医療機関が対象)
- 1 救急患者連携搬送料1
イ医師、看護師又は救急救命士が同乗して搬送
(1) 入院中の患者以外の患者の場合2,400点
(2) (3)略、(4) 入院3日目の患者 600点
ロその他の場合
(1) 入院中の患者以外の患者の場合1,000点
(2) (3)略、(4) 入院3日目の患者 200点
- 2 救急患者連携搬送料2
イ医師、看護師又は救急救命士が同乗して搬送する場合800点
ロその他の場合200点

5

見直し変更項目

- 地域包括医療病棟入院料:
3,050点
→ 6区分化
・地域包括医療病棟入院料1
(一般病棟入院基本料算定無)
入院料1: 3,367点 (緊急・手術無)
入院料2: 3,267点 (いずれでもない)
入院料3: 3,117点 (予定・手術有)
・地域包括医療病棟入院料2
(一般病棟入院基本料算定有)
入院料1: 3,316点 (緊急・手術無)
入院料2: 3,216点 (いずれでもない)
入院料3: 3,066点 (予定・手術有)
- 入退院支援加算1:700点
(1のイに限る)(退院時1回)
→ 入退院支援加算1:1,000点
(1のロに限る)(退院時1回)
- 病棟薬剤業務実施加算
1:120点(週1回)
2:100点(1日につき)
→ 薬剤相互評価調整加算及び退院時薬剤情報管理指導料の算定回数が多い場合を評価
新)1:300点(週1回)
2:100点(週1回)
- リハビリテーション・栄養・口腔連携加算
:80点(14日限度)
→ 病棟の取り組み水準に応じて
新)リハビリテーション・栄養・口腔
連携加算1:110点(14日限度)
新)リハビリテーション・栄養・口腔
連携加算2:50点(14日限度)

5

地ケア病棟： 新設・新規算定加算項目

- 新) リハビリテーション・栄養・口腔連携加算
:30点(14日限度)
- 新) 包括期充実体制加算:80点
(1日につき)14日限度
(200床未満、急性期病棟届出無)
- 新) 身体的拘束最小化推進体制加算
:40点(1日につき)
- 新) 医療提供機能連携確保加算
:600点(入院初日)
(人口20万人未満かつ人口密度が200人/平方km未満の二次医療圏及び離島)
- 新) 特定薬剤治療環境特別加算
:300点(1日につき)
(カルタヘナ法に基づく管理が必要な薬剤を投与する目的で個室に入院させた場合)
- 新) 口腔管理連携加算:600点
(入院中1回)
(歯科を併設なしの医科医療機関が対象)
- 退院時共同指導料2:400点
- 介護支援等連携指導料(入院中2回)
1:400点
2:500点(入退院支援加算1の届出病棟)
- 入院栄養食事指導料1(週1回)
(リハ・栄養・口腔連携加算算定患者)
初回:260点
2回目:200点
- 栄養情報連携料:70点(入院中1回)
(リハ・栄養・口腔連携加算算定患者)

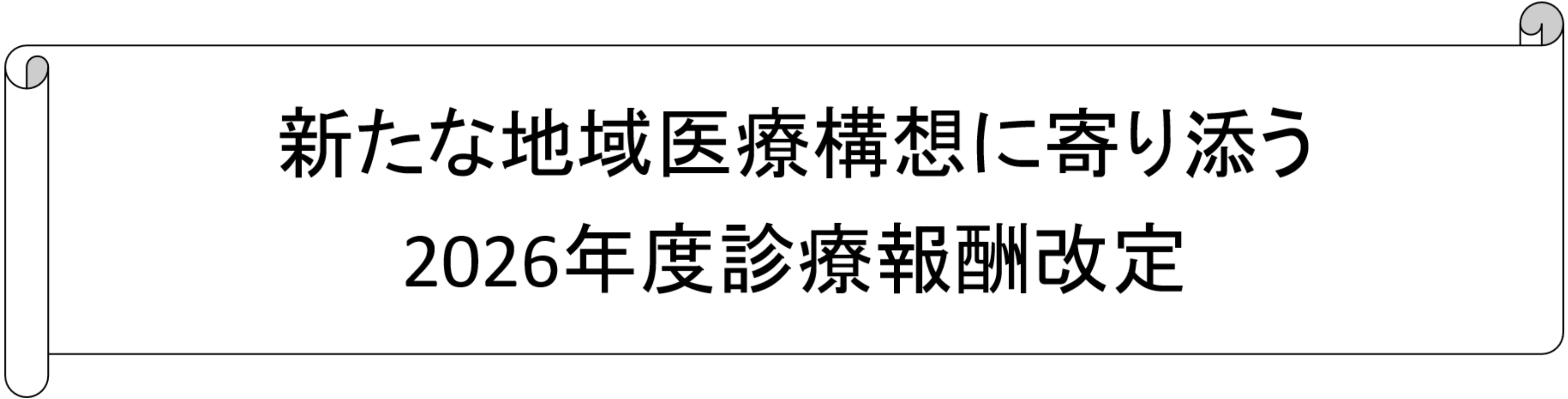
11

見直し変更項目

- 在宅患者支援病床初期加算:
① 介護老人保健施設から救急搬送され入院した患者の場合
①:580点
②①以外:480点
→ 救急搬送を含む緊急入院した患者
①:590点
②①以外:410点

① 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救急搬送され入院した患者の場合
①:480点
②①以外:380点
→ 救急搬送を含む緊急入院した患者
①:490点
②①以外:310点
- 入退院支援加算1:700点
(1のイに限る)(退院時1回)
→ 入退院支援加算1:1,000点
(1のロに限る)(退院時1回)
- 1 救急患者連携搬送料1
イ医師、看護師又は救急救命士が同乗して搬送
(1) 入院中の患者以外の患者の場合2,400点
(2) (3)略、(4) 入院3日目の患者 600点
ロその他の場合
(1) 入院中の患者以外の患者の場合1,000点
(2) (3)略、(4) 入院3日目の患者 200点
- 2 救急患者連携搬送料2
イ医師、看護師又は救急救命士が同乗して搬送する場合800点
ロその他の場合200点

15 3

A decorative graphic of a scroll with a black outline and rounded corners, featuring a vertical bar on the left side and small circular details at the top corners.

新たな地域医療構想に寄り添う
2026年度診療報酬改定

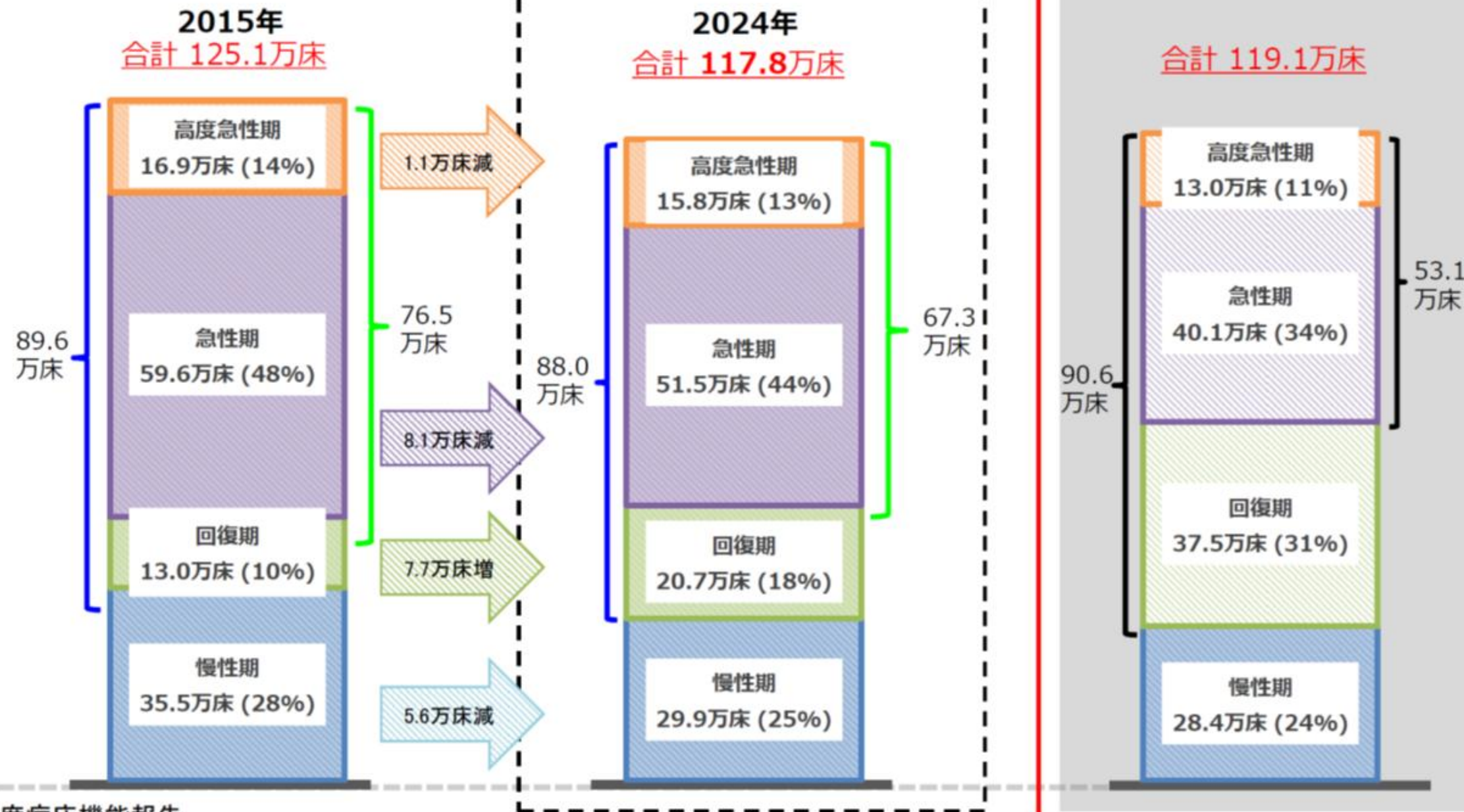
2024年度病床機能報告について

速報値

2015年度病床機能報告
(各医療機関が病棟単位で報告)※5

2024年度病床機能報告
(各医療機関が病棟単位で報告)※5

地域医療構想における2025年の病床の必要量
(入院受療率や推計人口から算出した2025年の医療需要に基づく推計(平成28年度末時点)※3 ※5)

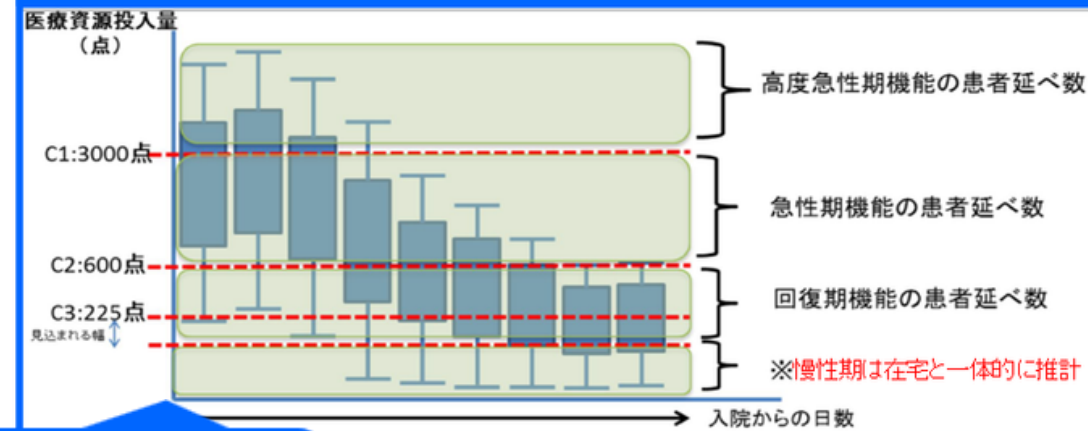


出典: 2024年度病床機能報告

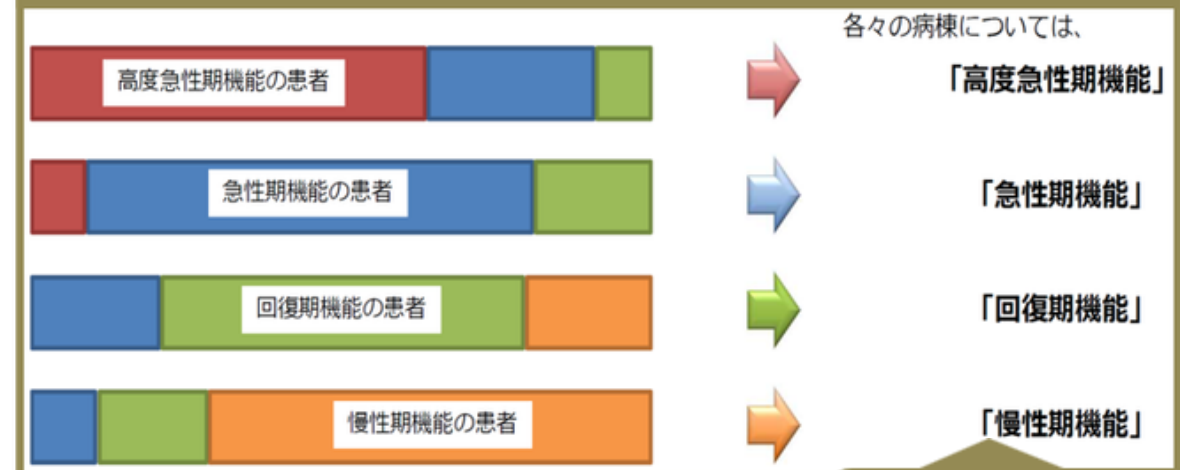
- ※1: 対象医療機関数及び報告率が異なることから、年度間比較を行う際は留意が必要
(報告医療機関数/対象医療機関数(報告率) 2015年度病床機能報告: 13,863/14,538(95.4%)、2024年度病床機能報告: 11,846/12,064(98.2%))
- ※2: 端数処理をしているため、病床数の合計値が合わない場合や、機能ごとの病床数の割合を合計しても100%にならない場合がある
- ※3: 平成25年度(2013年度)のNDBのレセプトデータ及びDPCデータ、国立社会保障・人口問題研究所『日本の地域別将来推計人口(平成25年(2013年)3月中位推計)』等を用いて推計
- ※4: 高度急性期のうちICU及びHCUの病床数(*): 18,274床(参考 2023年度病床機能報告: 18,423床)
*救命救急入院料1~4、特定集中治療室管理料1~6、ハイケアユニット入院医療管理料1・2のいずれかの届出を行っている届出病床数
- ※5: 病床機能報告の集計結果と将来の病床の必要量は、各構想区域の病床数を機械的に足し合わせたものであり、また、それぞれ計算方法が異なることから、単純に比較するのではなく、詳細な分析や検討を行った上で地域医療構想調整会議で協議を行うことが重要。

推計と報告は根本的に見ているものが違う！

当該病院の患者一人1日当たりの出来高換算コストを1年分集積し、C1、C2、C3で機能区分して、それぞれの述べ患者数を365日で除して病床数を推計(高度急性期～回復期)



7月1日時点の当該病棟で、いずれかの機能のうち、最も多くの割合の患者の機能を報告することを、基本とする。



客観的指標



軽症急性期患者が含まれている可能性

医療需要推計	医療機能区分	病床機能報告制度	医療機能の内容
国の医療需要推計における医療機能区分の内容	医療機能区分	医療機能の内容	
医療資源量: 3,000点以上	高度急性期 C1 3,000点	高度急性期	急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能
医療資源量: 600点~3,000点未満	急性期 C2 600点	急性期	急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
医療資源量: 175点~600点未満+ 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定した患者数	回復期 C3 175点	回復期	・急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能。 ・特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能(回復期リハビリテーション機能)
(一般病床) 障害者施設等入院基本料、特殊疾患病棟入院基本料及び特殊疾患入院医療管理料を算定している患者 (療養病床) 療養病床(回復期リハビリテーション病棟入院料を算定した患者数を除く)-医療区分1の患者数の70%-地域差解消分	慢性期 C3 175点	慢性期	・長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能。 ・長期にわたり療養が必要な重度の障害者(重度の意識障害者を含む)、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能

軽症急性期患者が含まれている可能性

主観的指標



病床機能報告における報告の目安（案）

各入院料の要件や期待される役割等を踏まえ、以下のように整理してはどうか。

機能区分	機能の内容	目安となる入院料
高度急性期機能	急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能	<ul style="list-style-type: none"> 救命救急入院料 特定集中治療室管理料 ハイケアユニット入院医療管理料 脳卒中ケアユニット入院医療管理料 小児特定集中治療室管理料 新生児特定集中治療室管理料 新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料 総合周産期特定集中治療室管理料 新生児治療回復室入院医療管理料 一類感染症患者入院医療管理料
急性期機能	急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能	<ul style="list-style-type: none"> 急性期一般入院料 1～6 特定機能病院入院基本料（7:1、10:1） 専門病院入院基本料（7:1、10:1） 小児入院医療管理料 1～3
包括期機能	<ul style="list-style-type: none"> 高齢者等の急性期患者について、治療と入院早期からのリハビリ等を行い、早期の在宅復帰を目的とした治し支える医療を提供する機能 急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能 特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能（回復期リハビリテーション機能） 	<ul style="list-style-type: none"> 地域一般入院料 1～3 専門病院入院基本料（13:1） 有床診療所入院基本料 1、4 地域包括医療病棟入院料 小児入院医療管理料 4、5 回復期リハビリテーション病棟入院料・入院医療管理料 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料 特定一般病棟入院料 特定機能病院リハビリテーション病棟入院料
慢性期機能	長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害者を含む。）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能	<ul style="list-style-type: none"> 療養病棟入院料 1～2 障害者施設等入院基本料（7:1～15:1） 有床診療所入院基本料 2、3、5、6 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 特殊疾患病棟入院料 緩和ケア病棟入院料

※ 診療報酬改定に伴い入院料等が変更された場合は適宜見直しを行う。

【G. 地域包括ケア病棟の入出状況について】

■一般病床10対1以上の急性期病床の有無でサブ解析を実施

■病院機能別 受け入れ機能別：n=1,182


10対1以上の 病床の有無	全症例数(%)	サブアキュートの 割合	ポストアキュートの割合		周辺機能の 割合
			院内から	院外から	
あり	1,019(100%)	7.3%	60.0%	6.5%	20.8%
なし	163(100%)	26.4%	11.7%	31.9%	24.5%

- 10対1以上の急性期病床を待たない病院は、サブアキュートの割合が26.4%、ポストアキュートは43.6%であった。ポストアキュートは院外からが院内からの2.7倍であった。
- 10対1以上の急性期病床を待つ病院は、ポストアキュートが66.5%と最多で、サブアキュートは7.3%と最少であった。ポストアキュートは院内からが90.2%を占めていた。

地域包括ケア病棟を取得した病院のタイプ

仮説

様々な協会・団体のアンケート結果、大学や訪問先の先生方のお話を元に仲井が作成

 :大きさは
病床数をイメージ

※ケアミックス型は現在の急性期CM型に当たる

高度急性期・急性期機能
集中治療センター ～ 一般病棟7:1

医療機能の名称	医療機能の内容
高度急性期機能	従来型医療 生活支援型医療 状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能
急性期機能	従来型医療 生活支援型医療 状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
回復期機能	○ 急性期を経過した患者 ○ 特に、急性期を経過した患者の回復を目的としたリハビリテーション 生活支援型医療
慢性期機能	○ 長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 ○ 長期にわたり療養が必要な重度の障害者(重度の意識障害)又は難病患者等を入院させる機能 生活支援型医療

ケアミックス型

急性期・回復期機能
地域包括ケア病棟

回復期・慢性期機能
回復期リハビリ病棟
医療・介護療養病床等

高度急性期・急性期機能
集中治療センター ～ 一般病棟7:1

医療機能の名称	医療機能の内容
高度急性期機能	従来型医療 生活支援型医療 状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能
急性期機能	従来型医療 生活支援型医療 状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
回復期機能	○ 急性期を経過した患者 ○ 特に、急性期を経過した患者の回復を目的としたリハビリテーション 生活支援型医療 地域密着型
慢性期機能	○ 長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 ○ 長期にわたり療養が必要な重度の障害者(重度の意識障害)又は難病患者等を入院させる機能 生活支援型医療

急性期・回復期機能
地域包括ケア病棟

回復期・慢性期機能
回復期リハビリ病棟
医療・介護療養病床等

高度急性期・急性期機能
集中治療センター ～ 一般病棟7:1

医療機能の名称	医療機能の内容
高度急性期機能	従来型医療 生活支援型医療 状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能
急性期機能	従来型医療 生活支援型医療 状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
回復期機能	○ 急性期を経過した患者 ○ 特に、急性期を経過した患者の回復を目的としたリハビリテーション 生活支援型医療 ポストアキュート連携型
慢性期機能	○ 長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 ○ 長期にわたり療養が必要な重度の障害者(重度の意識障害)又は難病患者等を入院させる機能 生活支援型医療

急性期・回復期機能
地域包括ケア病棟

回復期・慢性期機能
回復期リハビリ病棟
医療・介護療養病床等

病床
機能

医療機関機能の協議にあたっての検討事項とデータ（案）

○ 医療機関機能について各都道府県が構想区域毎に機能を確保することができるよう、以下の考え方を基本とし、区域の人口規模に応じた役割について検討してはどうか。

	求められる具体的な機能や体制	協議のためのデータ
急性期拠点機能	<p>（急性期の総合的な診療機能）</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 救急医療の提供 ● 手術等の医療資源を多く要する診療の、幅広い総合的な提供 <p>（急性期の提供等にあたっての体制について）</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 総合的な診療体制を維持するために必要な医師数、病床稼働率 ● 急性期医療の提供や医師等の人材育成を行うための施設 	<p>○以下のデータについて、医療機関毎のほか区域内全体における数・シェアも踏まえて検討する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 救急車受け入れ件数 ● 各診療領域の全身麻酔手術件数 ● 医療機関の医師数 ● 急性期を担う病床数・稼働率 ● 医療機関の築年数、設備（例：手術室、ICU） ● その他従事者の状況（歯科医師数、薬剤師数、看護師数 等） <p>等</p>
高齢者救急・地域急性期機能	<p>（高齢者救急・地域急性期に関する診療機能）</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 高齢者に多い疾患の受入 ● 入院早期からのリハビリテーションの提供 ● 時間外緊急手術等を要さないような救急への対応 ● 高齢者施設等との平時からの協力体制 	<ul style="list-style-type: none"> ● 救急車受け入れ台数（人口の多い地域のみ） ● 医療機関の医師等の医療従事者数 ● 包括期の病床数 ● 地域包括ケア病棟入院料や地域包括医療病棟の届出状況 ● 医療機関の築年数 ● 高齢者施設等との連携状況 <p>等</p>
在宅医療等連携機能	<p>（在宅医療・訪問看護の提供）</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 在宅医療の提供の少ない地域において、在宅医療の提供 ● 訪問看護STを有する等による訪問看護の提供 <p>（地域との連携機能）</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 地域の訪問看護ステーション等の支援 ● 高齢者施設の入所者や地域の診療所等で在宅医療を受けている患者等の緊急時の患者の受入れ体制の確保等、平時からの協力体制 	<ul style="list-style-type: none"> ● 在宅療養支援診療所・病院の届出状況 ● 地域における訪問診療や訪問看護の提供状況 ● 医療機関の築年数 ● 高齢者施設等との連携状況 <p>等</p>
専門等機能	<ul style="list-style-type: none"> ● 特定の診療科に特化した手術等を提供 ● 有床診療所の担う地域に根ざした診療機能 ● 集中的な回復期リハビリテーション ● 高齢者等の中長期にわたる入院医療 	<ul style="list-style-type: none"> ● 回復期リハビリテーション病棟入院料・療養病棟入院基本料等の届出状況 ● 有床診療所の病床数・診療科 <p>等⁴¹</p>

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	専門等機能
大都市型	<p>100万人以上</p> <p>※東京などの人口の極めて多い地域においては、個別性が高く、地域偏在等の観点も踏まえつつ別途整理</p>	<ul style="list-style-type: none"> 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 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 <p>※人口20万人～30万人毎に1拠点を確保することを目安とする。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 高齢者救急の対応の他、頻度の多い一部の手術についても対応 	<ul style="list-style-type: none"> 診療所による在宅医療の実施が多い場合、そうした診療所や訪看ステーション等の支援 高齢者施設等からの患者受入等の連携 	<ul style="list-style-type: none"> 特定の診療科に特化した手術等を提供 有床診療所の担う地域に根ざした診療機能 集中的な回復期リハビリテーション 高齢者等の中長期にわたる入院医療等
地方都市型	<p>50万人程度</p>	<ul style="list-style-type: none"> 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 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 <p>※人口20万人～30万人毎に1拠点を確保することを目安とする</p>	<ul style="list-style-type: none"> 高齢者救急の対応 手術等が必要な症例については地域の医療資源に応じて、急性期拠点機能を有する医療機関へ搬送 	<ul style="list-style-type: none"> 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実施 高齢者施設等からの患者受入れ等の連携 	
人口の少ない地域	<p>～30万人</p> <p>※20万人未満の地域については、急性期拠点機能の確保が可能かどうか等について特に点検し、圏域を設定</p>	<ul style="list-style-type: none"> 手術等の医療資源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 地域の医療資源に応じて、高齢者救急・地域急性期機能や在宅医療等連携機能をあわせて選択することも考えられる <p>※大学病院本院が区域内にある場合、大学が担う医療の内容等を踏まえた上で、必要に応じて大学病院本院と別に医療機関を確保しうる</p>	<ul style="list-style-type: none"> 地域の医療資源の範囲内で高齢者救急の対応 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 	<ul style="list-style-type: none"> 診療所による在宅医療の実施が少ない場合、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 	

※ 地域の実情に応じて、複数の医療機関機能の選択が可能

※ 区域の人口規模については、現在の人口規模に加えて、必要に応じて、2040年の人口等も踏まえながら、どの区域に該当するか等を地域で検討

2026.04.14

2026年度4月
地域包括ケア推進病棟を
届け出る病院の新たな病院機能分類
ver. 2.0

令和8年度4月
地域包括ケア推進病棟を
届け出る病院の
新たな病院機能分類



一般社団法人

地域包括ケア病棟協会

Japanese Association of Hospitals for Community-based Care

2026年度

地域包括ケア病棟と地域包括医療病棟の 診療報酬改定に係る提言

提言10 地域包括医療病棟は高齢者救急を担う。DPC 退出基準を満たせない急性期病院や、救急搬送受入れに注力する地域包括ケア病棟が転換を検討しているが、中小病院には転換が困難な厳しい要件がある。大都市や過疎化が進む地方都市では、急性期一般病床＋地域包括ケア病棟の需要は今後も続くと考えられる。しかし、これらの病棟に地域包括医療病棟と回復期リハビリテーション病棟を追加すると、患者の受け入れが複雑化する。そこで、高齢者救急を地域包括医療病棟に集約するのではなく、地域の医療ニーズに応じ、急性期一般病床＋地域包括ケア病棟、または療養病床＋地域包括ケア病棟のように、簡潔な組み合わせで転換を複雑化してはどうか。これは、地域医療の崩壊を防ぐための過渡期的な対策となる。

地域包括ケア推進病棟を

届け出る病院の新たな病院機能分類 ver. 2.0

■地域包括ケア推進病棟：

地域包括ケアを推進するためには、地域包括ケア病棟と地域包括医療病棟の存在は欠かせない。

当協会では、両者をまとめて、地域包括ケア推進病棟と総称し、協会名も地域包括ケア推進病棟協会に変更した。

■地域包括ケア推進病棟を届け出る病院の新たな病院機能分類：

上記2つの病棟のうちどちらか、又は両方を届け出て在宅復帰を支援する病院を、次頁以降の4つに新たに分類するものである。

尚、一形態として、全病棟病室が単独の入院料で構成される地域包括ケア病院と地域包括医療病院があり、これらの機能も次頁以降に準ずる。

病床機能別		高度急性期	急性期(いずれか一択)			包括期(地メデイはいずれか一択)			他の包括期・慢性期	
病床種別		治療室	急性期病院 A一般7対1	急性期病院 B一般10対1	急性期一 般病床1-6	地メデイ 病棟1	地メデイ 病棟2	地ケア 病棟*	回リハ・障害者・ 療養病棟等	
地域包 括ケア 推進病 棟を届 け出る 病院の 新たな 病院機 能分類 ver. 2.0	急性期拠点CM型 (急性期総合体制加算5)	△	人口20万人未満地域、救急最大		×	×	×	◎	△(療養のみ)	
	地域 急性期型	地域 CM型	△	×	◎	×	×	×	◎	△
			△	×	×	◎	◎	◎	△	
			△	×	×	◎	×	◎	△	
			△	×	×	◎	×	◎	△	
			△	×	×	◎	×	◎	△	
	在宅支援型	地域 包括型	×	×	×	◎	×	◎	△	
			×	×	×	◎	×	◎	△	
	PA連携・専門型		△	×	×	△	◎*	◎	△	
			△	×	×	△	◎*	◎	△	

救急搬送2,000 かつ
全床1,200

以下いずれか・救急1,500
・救急500かつ全床500、
・人口20万人未満2次医
療圏救急最大+救急1,000
・離島医療圏救急最大

略語・凡例

- ・治療室: 特定集中治療室管理料等の高度急性期機能を持つ特定入院料の病室
- ・地メデイ病棟: 地域包括医療病棟
- ・地ケア病棟: 地域包括ケア病棟 *含地ケア病室
- ・回リハ病棟: 回復期リハビリテーション病棟
- ・病院機能分類の定義上の条件 → ◎: 届出有が必須、□: 届出無が必須、△: 届出有無は不問
- ・診療報酬上の要件 → ×: 届出不可、*: 急性期一般1-6届出(+)
地メデイ病棟2 or 同届出(-)地メデイ病棟1^{B1}

地域包括ケア推進病棟を

届け出る病院の新たな病院機能分類 ver. 2.0

■急性期拠点ケアミックス（CM）型（急性期総合体制加算5）：

様々な診療科を有する総合性と、救急搬送や手術件数等の集積性を持つ拠点的な病院を評価する急性期総合体制加算が2026年度診療報酬改定で新設された。

同体制加算5は、人口少数地域において、救急搬送受入や地域の外来・在宅診療体制の確保に係る支援を行う拠点的な病院への評価である。

急性期病院B一般入院基本料を算定する病棟を有し、人口20万人未満の地域かつ救急搬送最大の場合は、地域包括ケア病棟の届出ができる。

急性期拠点CM型は、同体制加算5と地域包括ケア病棟を届け出る病院と定義する。

地域包括ケア推進病棟を 届け出る病院の新たな病院機能分類 ver. 2.0

■地域急性期型：

病院・病床機能報告に照らして、救急搬送・全身麻酔下手術件数等が一定以上の急性期機能を有していると自ら判断し、その機能保持を最も重視している病院である。

急性期病院B一般入院料基本料や急性期一般入院基本料 6 以上の急性期一般病棟を届出ている地域ケアミックス (CM) 型と、急性期一般病棟を有さず地域包括医療病棟を届出ている地域包括型に亜分類する。

地域包括ケア推進病棟を

届け出る病院の新たな病院機能分類 ver. 2.0

■在宅支援型：

在宅療養中のかかりつけ高齢虚弱マルチモビディティ患者を主な対象として、いわゆるサブアキュート（SA）患者の受け入れと在宅復帰を最も重視している病院である。在宅医療・介護の提供や、他の病院・在宅医療・介護事業所等と連携して看取りや緩和ケア等の24時間対応も実施する。

■ポストアキュート（PA）連携・専門型：

上記3類型のどちらでもない場合にPA連携・専門型と定義している。病院全体の実入院患者数の概ね半数以上が他院からのPAを受け入れる病院や、地域ニーズに応じた特徴ある医療に専門特化している病院である。

新たな地域医療構想	医療機関機能種別	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
地域包括ケア推進病棟を届け出る病院の新たな病院機能分類 ver. 2.0	急性期拠点CM型 (急性期総合体制加算5) 人口20万人未満地域 救急最大件数			 地ケア届出可	 療養届出可
	地域急性期型	地域CM型			
		地域包括型			
	在宅支援型				
	PA連携・専門型				

- 地域包括ケア推進病棟を届け出る病院の新たな病院機能分類では、**1つの医療機関は最も近似する1つの病院機能を持つ**ことになる。
- 新たな地域医療構想では、一医療機関が必要に応じて複数の医療機関機能を報告することも考えられる。

新たな地域医療構想	医療機関機能種別	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
地域包括ケア推進病棟を届け出る病院の新たな病院機能分類 ver. 2.0	急性期拠点CM型 (急性期総合体制加算5) 人口20万人未満地域 救急最大件数	急病B一般+地ケア			
	地域急性期型 地域CM型	急病B一般+地ケア 急一般+地ケア±地メディ			
	地域急性期型 地域包括型	地メディ±地ケア			
	在宅支援型			地メディ or 地ケア	
	PA連携・専門型				地メディ or 地ケア

- 地域包括ケア推進病棟を届け出る病院の新たな病院機能分類では、**1つの医療機関は最も近似する1つの病院機能を持つ**ことになる。
- 新たな地域医療構想では、一医療機関が必要に応じて複数の医療機関機能を報告することも考えられる。

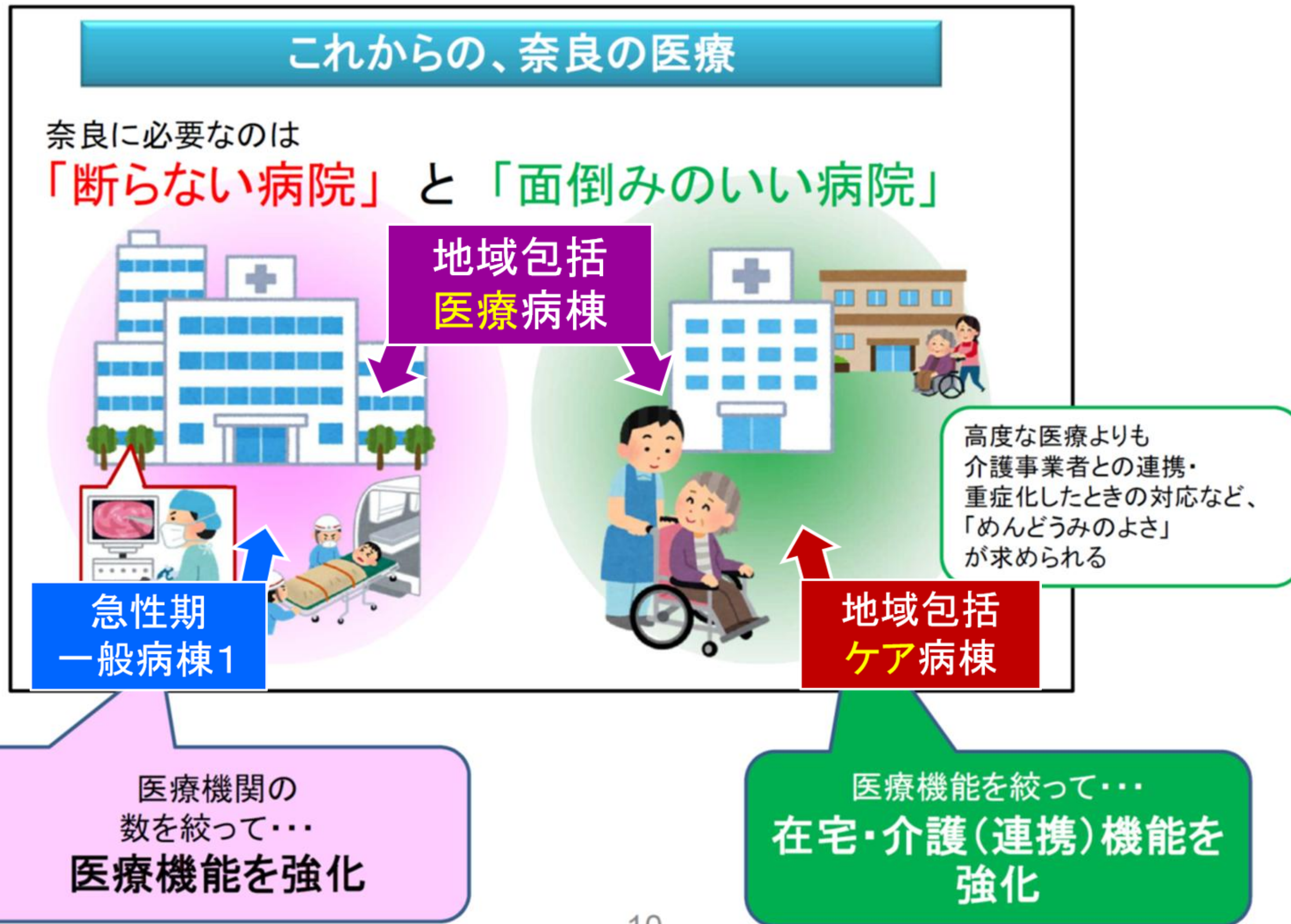
2026年度

2025年8月12日

地域包括ケア病棟と地域包括医療病棟の 診療報酬改定に係る提言

提言10 地域包括医療病棟は高齢者救急を担う。DPC 退出基準を満たせない急性期病院や、救急搬送受入れに注力する地域包括ケア病棟が転換を検討しているが、中小病院には転換が困難な厳しい要件がある。大都市や過疎化が進む地方都市では、急性期一般病床＋地域包括ケア病棟の需要は今後も続くと考えられる。しかし、これらの病棟に地域包括医療病棟と回復期リハビリテーション病棟を追加すると、患者の受け入れが複雑化する。そこで、高齢者救急を地域包括医療病棟に集約するのではなく、地域の医療ニーズに応じ、急性期一般病床＋地域包括ケア病棟、または療養病床＋地域包括ケア病棟のように、簡潔な組み合わせで転換を複線化してはどうか。これは、地域医療の崩壊を防ぐための過渡期的な対策となる。

それぞれの 病棟の 立ち位置



リハビリ・栄養・口腔一体的取組が高齢者の生活を支える

「断らない病院」



医療機関の
数を絞って…
医療機能を強化

リハ・栄養・口腔
連携体制加算1・2
(見直し)

「高齢者をまずみる病院
面倒みもいい病院」



医療機関の
イノベーションを掲げて…
高齢者救急を強化

リハ・栄養・口腔
連携加算1・2
(見直し・地メデイ)

「面倒みのいい病院」



医療機能を絞って…
在宅・介護(連携)機能を
強化

リハ・栄養・口腔
連携加算
(新設・地ケア)

成人(含小児)

元気高齢者

高齢虚弱

“multimorbidity 患者”

リハビリ・栄養・口腔一体的取組が地域医療構想と医療介護を括る

「断らない病院」

急性期拠点CM型



医療機関の
数を絞って…
医療機能を強化

リハ・栄養・口腔
連携体制加算1・2
(見直し)

「高齢者をまずみる病院
面倒みもいい病院」

地域急性期型
(地域CM型、地域包括型)



医療機関の
イノベーションを掲げて…
高齢者救急を強化

救急1,500、又は
救急500かつ全麻
500、又は
人口20万人以下
シェア1位+救急
1,000

リハ・栄養・口腔
連携加算1・2
(見直し・地メデイ)

「面倒みのいい病院」

在宅支援型



医療機能を絞って…
在宅・介護(連携)機能を
強化

リハ・栄養・口腔
連携加算
(新設・地ケア)

高度急性期

急性期

包括期

慢性期

急病B一般
急性期総合5

地
ケア

人口20万人未満、
救急シェア1位

急病A・
B一般

急一般
1



CM型
病院

急病B
一般

地
ケア

急
一般

地
ケア

急
一般

地
ケア

地メ
デイ2

地メ
デイ1

地
ケア

地メ
デイ1

土
回リハ

地
ケア

地
ケア

療養

療養

最大で最強の地域包括ケア推進病棟

令和7年7月4日第116回社会保障審議会医療部会資料

高齢者救急・地域急性期機能について

○ 今後増加が見込まれる85歳以上の患者の急性期の入院に多い傷病名と、包括期機能と考えられる病棟に多い傷病名を比較すると、一定程度共通しており、高齢者救急や一般的な救急において、在宅で療養を行っている患者の受入れ等の役割を担うこととされている地域包括ケア病棟や地域包括医療病棟を有する医療機関での対応が重要となる。



85歳以上の頻度の高い傷病名(※)

※ 急性期入院医療等を算定する病棟における傷病名

傷病名	手術	割合	累積	病院数
食物及び吐物による肺臓炎	なし	5.8%	5.8%	3,726
うっ血性心不全	なし	5.1%	10.8%	3,350
コロナウイルス感染症2019, ウイルスが同定されたもの	なし	3.6%	14.5%	3,369
肺炎, 詳細不明	なし	2.7%	17.2%	3,399
転子貫通骨折 閉鎖性	あり	2.4%	19.6%	2,510
尿路感染症, 部位不明	なし	2.3%	21.9%	3,399
大腿骨頸部骨折 閉鎖性	あり	2.0%	23.9%	2,511
細菌性肺炎, 詳細不明	なし	1.6%	25.4%	2,615
体液量減少(症)	なし	1.6%	27.0%	3,480
腰椎骨折 閉鎖性	なし	1.4%	28.4%	3,540

資料出所: 2023年DPCデータ

包括期機能と考えられる病棟に多い傷病名(※)

※ 地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟における傷病名

傷病名(上位15疾患)	件数	在院日数
食物及び吐物による肺臓炎	37,436	25.4
老人性初発白内障	35,243	3.0
腰椎骨折 閉鎖性	32,609	32.1
大腸<結腸>のポリープ	31,855	2.4
肺炎, 詳細不明	27,464	22.3
コロナウイルス感染症2019, ウイルスが同定されたもの	25,533	20.0
体液量減少(症)	25,491	23.9
うっ血性心不全	23,860	24.4
筋の消耗及び萎縮, 他に分類されないもの 部位不明	22,183	32.8
老人性核白内障	21,242	2.8
大腿骨頸部骨折 閉鎖性	21,009	29.3
尿路感染症, 部位不明	20,472	23.7
その他の原発性関節節症	18,768	21.9
転子貫通骨折 閉鎖性	18,211	31.5
心不全, 詳細不明	15,952	26.3

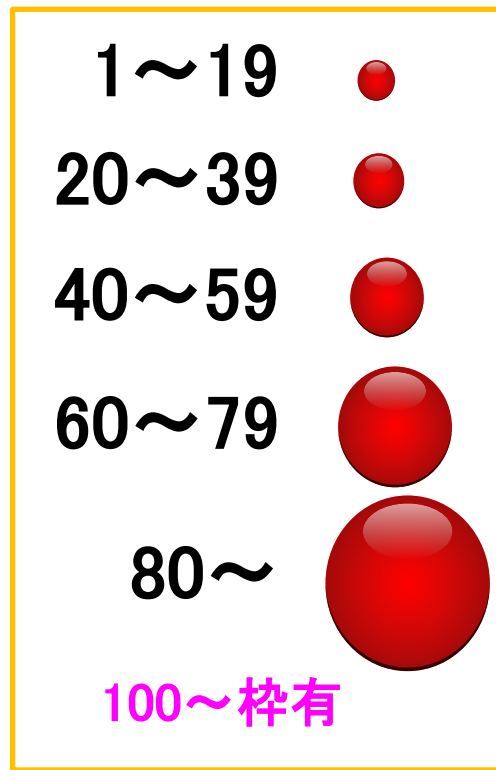
地域包括ケア病棟入院料及び 地域包括ケア入院医療管理料

入院料(管理料)1 (41日以内2,838点・40日以降2,690点)・・・1,587病院(59.7%)
 入院料(管理料)2 (41日以内2,649点・40日以降2,510点)・・・1,019病院(38.4%)
 入院料(管理料)3 (41日以内2,312点・40日以降2,191点)・・・16病院(0.6%)
 入院料(管理料)4 (41日以内2,102点・40日以降1,992点)・・・35病院(1.3%)

病院数カウント(例:地包ケア1・3両方の算定病院は1でカウント)

地域包括ケア病棟算定2,657病院

令和8年(2026年)5月15日時点の地方厚生局確認データ (R8年4月届出まで)
(一部5月更新あり)

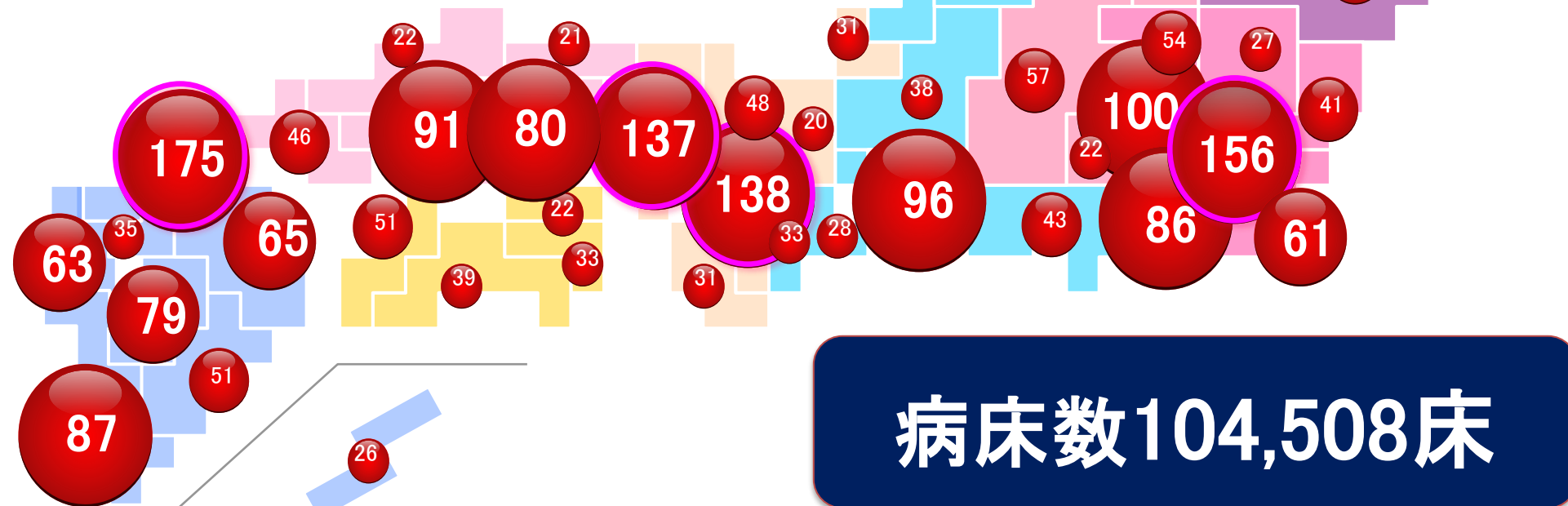


TOP10ランキング

- 1 福岡県 175
- 2 東京都 156
- 3 大阪府 138
- 4 兵庫県 137
- 5 北海道 127
- 6 埼玉県 100
- 7 愛知県 96
- 8 広島県 91
- 9 鹿児島県 87
- 10 神奈川県 86

同順は都道府県番号順

岡山県80	宮城県42	三重県28
熊本県79	茨城県41	秋田県27
大分県65	福島県39	栃木県27
長崎県63	高知県39	富山県27
千葉県61	岐阜県38	沖縄県26
長野県57	岩手県37	青森県25
群馬県54	佐賀県35	山形県23
愛媛県51	石川県34	山梨県22
宮崎県51	奈良県33	鳥取県22
京都府48	徳島県33	香川県22
山口県46	福井県31	島根県21
新潟県43	和歌山県31	滋賀県20
静岡県43		



病床数104,508床

地方厚生局別

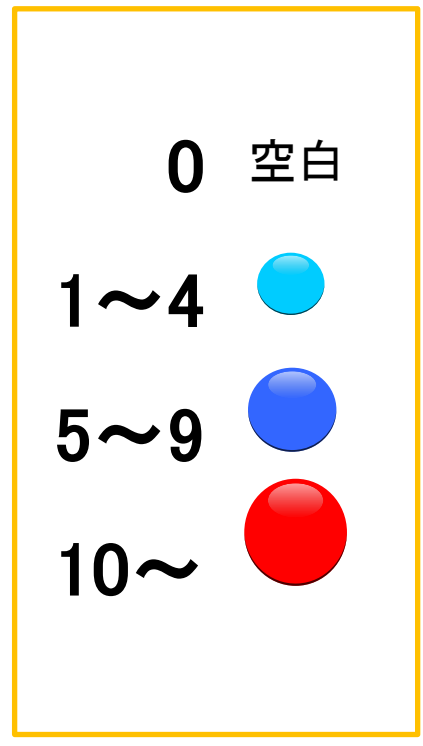
北海道	127
東北	193
関東信越	647
東海北陸	266
近畿	438
中国	260
四国	145
九州沖縄	581

地域包括医療病棟入院料(1日につき) 3,050点

地域包括医療病棟算定247病院

令和8年(2026年)5月15日時点の地方厚生局確認データ (R8年4月届出まで)

(一部5月更新あり)



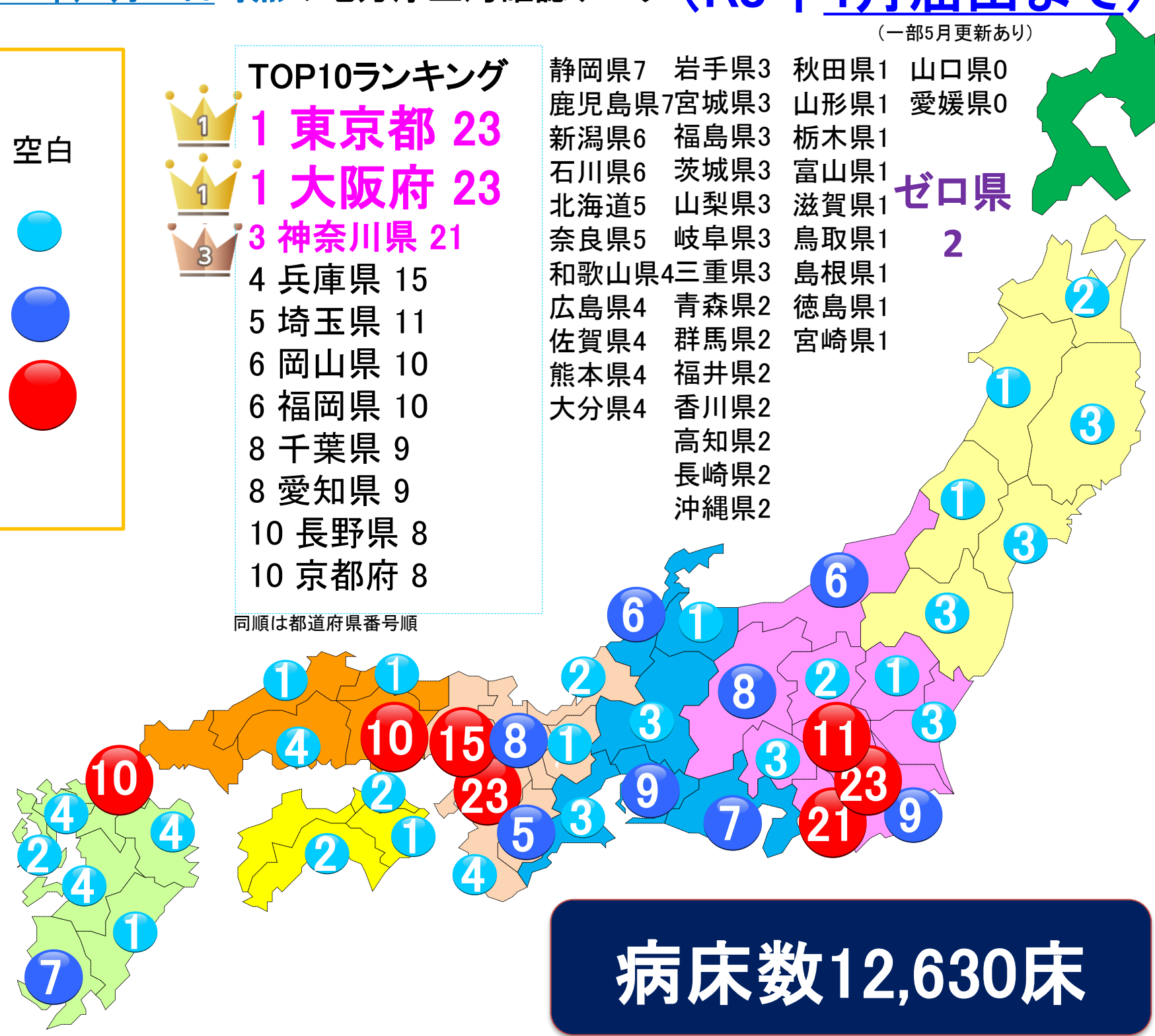
TOP10ランキング

1	東京都	23
1	大阪府	23
3	神奈川県	21
4	兵庫県	15
5	埼玉県	11
6	岡山県	10
6	福岡県	10
8	千葉県	9
8	愛知県	9
10	長野県	8
10	京都府	8

同順は都道府県番号順

静岡県7	岩手県3	秋田県1	山口県0
鹿児島県7	宮城県3	山形県1	愛媛県0
新潟県6	福島県3	栃木県1	
石川県6	茨城県3	富山県1	
北海道5	山梨県3	滋賀県1	
奈良県5	岐阜県3	鳥取県1	
和歌山県4	三重県3	島根県1	
広島県4	青森県2	徳島県1	
佐賀県4	群馬県2	宮崎県1	
熊本県4	福井県2		
大分県4	香川県2		
	高知県2		
	長崎県2		
	沖縄県2		

ゼロ県
2



地方厚生局別

北海道	5
東北	13
関東信越	87
東海北陸	29
近畿	58
中国	16
四国	5
九州沖縄	34

病床数12,630床

最大で最強の地域包括ケア推進病棟

■ 2026年度診療報酬改定においても、新たな地域医療構想においても、高齢者救急や在宅医療といった「**治し支える医療**」が標準仕様になった。

■ 「**地域包括医療病棟**」は、2024年度改定で高齢者救急受け入れの核として創設された。

2026年度改定で急性期一般病床との併設は一定の制限が設けられたものの、入院料や要件緩和の見直しと、包括期充実体制加算等の新加算を含む評価が充実した。

中小病院を中心に、DPC制度からの退出の増加や、一部の地域包括ケア病棟における救急搬送の受け入れニーズを踏まえると、**地域包括型***病院を中心に、本病棟の普及が進むと予想される。

最大で最強の地域包括ケア推進病棟

■ **「地域包括ケア病棟」**は、サブアキュートからポストアキュートまでその機能を自在に選択できるところが最大の長所である。2026年度改定では、リハビリテーション・栄養・口腔連携加算や包括期充実実体制加算等が多数新設され、初期加算や入退院支援加算も評価された。

■ SA患者の受け入れと在宅医療・介護を提供する在宅支援型*病院に加えて、急性期病床等を併設する地域CM型*病院でSAとPA患者をバランスよく受け入れる場合の活用も進むと考える。

■ 人口少数地域において、救急体制の緩和要件を以って急性期総合体制加算5と急性期病院B一般入院基本料を届け出ると、本病棟を併設できる。このような急性期拠点CM型*病院が高齢者救急を効率的に運用すると、2028年までに決定すべき急性期拠点機能報告医療機関の選定に弾みがつく。

最大で最強の地域包括ケア推進病棟

■高齡multimorbidity患者を支える多職種協働は、包括期機能の最大の強みの一つであるが、急性期・包括期から介護までを繋ぐリハビリテーション・栄養・口腔の一体的取り組みだけでなく、急性期一般入院基本料4や急性期病院B一般入院基本料の**急性期病棟内多職種協働体制**も評価され、

「看護・多職種協働加算」が新設された

■これらの評価の背景には、当協会が創設当初から、地域包括ケア病棟という病床機能の枠を超えて**「地域ニーズと病院機能」**という視点で、医療提供体制を俯瞰してきた歴史と価値観がある。

「時々入院ほぼ在宅」の実現に向けた提言を継続してきた結果であり、注目すべき成果であると考えている。

02

補完代替リハビリテーションは
リハビリテーション療法士が
実施可能な業務であることについて

TABLE OF CONTENTS

01 業務の整理
専従リハビリテーション療法士の業務の整理

02 業務内容

- ・ 疾患別リハビリテーション専従療法士の業務
- ・ 病棟専従リハビリテーション療法士の業務
- ・ リハビリテーション・栄養・口腔連携（体制）
加算の専従リハビリテーション療法士の業務

03 短時間リハビリテーション
短時間（1単位未満）リハビリテーションについて

04 まとめ

01 専従リハビリテーション療法士の業務の整理

急
一般

地
メディ

地
ケア

回
リハ

各病棟入院料における専従療法士の配置と業務内容の規定について

診調組 入-1
7.6.26改

- 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の施設基準においては、専従常勤の療法士数が規定されており、かつ疾患別リハビリテーションを担当する専従者と兼務はできないとされている。
- しかし、専従の療法士が病棟において疾患別リハビリテーションと別に行う業務については、地域包括医療病棟以外では明記されていない。

	急性期一般入院料 1 【リハ・栄養・口腔連携特加算】	地域包括医療病棟入院料 【リハ・栄養・口腔連携加算】	地ケア病棟入院料 1	回復期リハ病棟入院料 1	療養病棟入院料 1
PTの病棟配置	-	専従常勤のPT/OT/STのいずれかが2名以上	専従常勤のPT/OT/STのいずれかが1名以上	専従常勤3名以上	-
OTの病棟配置	【専従常勤のPT/OT/STが2名以上、又は、専従常勤のPT/OT/STが1名以上かつ専任常勤のPT/OT/STが1名以上】	専従常勤のPT/OT/STのいずれかが2名以上	専従常勤のPT/OT/STのいずれかが1名以上	専従常勤2名以上	-
STの病棟配置	【専従常勤のPT/OT/STが2名以上、又は、専従常勤のPT/OT/STが1名以上かつ専任常勤のPT/OT/STが1名以上】	専従常勤のPT/OT/STのいずれかが2名以上	専従常勤のPT/OT/STのいずれかが1名以上	専従常勤1名以上	-
疾患別リハと病棟配置の兼務	【疾患別リハ料に規定する専従者との兼務はできない※1】	疾患別リハ料に規定する専従者との兼務はできない※1	疾患別リハを担当する専従者との兼務はできない	疾患別リハ料に規定する専従者との兼務はできない※1	-
病棟配置の療法士による業務内容の規定	【全ての入院患者に対するADLの維持、向上等を目的とした指導を行う】 【専従の療法士等は9単位を超える疾患別リハの算定は不可】	全ての入院患者に対するADLの維持、向上等を目的とした指導を行う 専従の療法士は、6単位を超える疾患別リハの算定は不可	-	-	-
休日リハ	【土日祝における疾患別リハ提供単位数が平日の8割以上】	週7日間提供できる体制を有していること 【土日祝における疾患別リハ提供単位数が平日の8割以上】	-	週7日間提供できる体制を有していること	-
疾患別リハ届出の要否	-	脳血管、運動器	心大血管、脳血管、廃用、運動器、呼吸器、がんのいずれか	心大血管、脳血管、運動器、呼吸器のいずれか	-
疾患別リハの算定方法	出来高	出来高	包括 (必要者に平均2単位以上)	出来高	出来高 (2単位を超えるリハは包括※2)
疾患別リハの配置要件	(例) 脳血管疾患等リハ料 (I) : 専従常勤のPT 5名以上、専従常勤のOT 3名以上、言語聴覚療法を行う場合は専従常勤のST 1名以上 (他の疾患別リハビリテーション料における常勤療法士との兼任は可能)				
(疾患別リハの療法士の業務規定)	1日18単位標準・24単位上限、週108単位まで				

※1 疾患別リハビリテーションの施設基準に基づく。

※2 特掲診療料の施設基準等(平成20年厚生労働省告示第63号)別表第九の三に規定する脳血管疾患等の患者であって発症後60日以内のものに対して行ったものを除く。

01 地域包括ケア病棟の包括算定リハビリテーション

引用改変



■ 地域包括ケア病棟の包括算定リハビリテーション

- ◆ 疾患別・がん患者のリハビリテーション治療: スケジュールと提供量(20分1単位)が管理されている。
- ◆ 補完代替のリハビリテーション治療: 包括算定を活かし, 時間・単位・場所に縛られない。

● POC (Point of Care) ※リハビリテーション治療

- ① OT-POCリハビリテーション治療: 個別のADL訓練
- ② PT-POCリハビリテーション治療: 個別の廃用・褥瘡予防と機能回復訓練
- ・患者の傍らで, 個別に短時間(20分未満/回), 状況に応じて「しているADL」を訓練する。

● 集団でのリハビリテーション治療

● 院内デイケア・デイサービス

● 自主練習指導

● 運動療法指導

■ 以下の出来高算定リハビリテーションは含まない

- 摂食機能療法
- 自院DPC病棟から転室・転棟して, DPCを算定している患者
転室: 入院期間Ⅲまで
転棟: 入院期間Ⅱまで(2020年度から)

■ 補完代替リハビリテーション治療の注意点

- ・主治医が包括的指示として処方
- ・療法士が実施 実施時間の
- ・リハビリテーション治療の記録(分単位)の記載が必要
- ・療法士の勤務時間として計算
- ・疾患別・がん患者リハビリテーション治療と同時実施は不可
- ・1日平均2単位以上の疾患別・がん患者リハビリテーション治療には含まれない。

※POC(Point of Care): 「療養中の患者の傍ら」を表す。

補完代替リハビリテーション治療は、
■ 地域包括ケア推進病棟協会が独自に提唱してきたリハビリテーション治療である。
■ 2026年度診療報酬改定において、出来高算定できず既定の単位数にも含めないが、理学療法士等が実施可能な業務の一部であることが明確化された。

01 補完代替リハビリテーション

2026年度診療報酬改定

補完代替リハビリテーションは、理学療法士等が実施可能な業務の一部であることが明確化された -1

- 疾患別リハビリテーション料に規定されたその他リハビリテーション
- 病棟における疾患別リハビリテーションや特掲診療料の算定に係る業務以外のADL維持・向上、自立を目的とした評価・指導
- リハビリテーション・栄養・口腔連携（体制）加算における疾患別リハビリテーションや特掲診療料の算定に係る業務以外の評価・指導
- **補完代替リハビリテーションの業務は、以上のそれぞれの専従理学療法士等が実施可能な業務の一部であることを、当局に確認済**

第40 脳血管疾患等リハビリテーション料(I)
1 脳血管疾患等リハビリテーション料(I)に関する施設基準

(2) 次のアからエまでを全て満たしていること。
エ アからウまでの専従の従事者が合わせて10名以上勤務すること。
これらの専従の従事者については、第2章第1部医学管理、第2部在宅医療、第7部リハビリテーション、第8部精神科専門療法、その他リハビリテーション及び患者・家族等の指導に関する業務(専任として配置が求められる者を含む。)並びに介護施設等への助言に係る業務に従事することは差し支えない。
また、第38の1の(12)の例により、専従の非常勤理学療法士、専従の非常勤作業療法士又は専従の非常勤言語聴覚士を常勤理学療法士数、常勤作業療法士数又は常勤言語聴覚士数にそれぞれ算入することができる。
ただし、常勤換算し常勤理学療法士数、常勤作業療法士数又は常勤言語聴覚士数に算入することができるのは、常勤配置のうち理学療法士は4名、作業療法士は2名、言語聴覚士は1名までに限る。

引用改定: 2026.03.05 特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて

地域 ケア	A308-3 地域包括ケア病棟入院料	地域 メディ	A304 地域包括医療病棟入院料	回復 リハ	A308 回復期リハビリテーション病棟入院料
(4) 当該病棟に専従の理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士は、当該病棟の患者に対し、ADLの維持及び向上等を目的とした評価・指導を行うこと。当該評価・指導において必要な場合、医科点数表第1章第2部第2節入院基本料等加算、第2章第1部医学管理等、第3部第3節生体検査料及び第7部第1節リハビリテーション料に掲げる各項目のうち、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が行うこととして認められている業務を、当該病棟の患者に対して行うことは差し支えない。なお、当該病棟の患者に対する指導等は、必要に応じて、病棟外又は屋外等、配置された病棟以外の場所において実施することも可能である。	(7) 当該病棟に専従の理学療法士等は、当該病棟の患者に対し、疾患別リハビリテーション等の提供等により、全ての入院患者に対するADLの維持、向上等を目的とした評価・指導を行うこと。当該評価・指導において必要な場合、医科点数表第1章第2部第2節入院基本料等加算、第2章第1部医学管理等、第3部第3節生体検査料及び第7部第1節リハビリテーション料に掲げる各項目のうち、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が行うこととして認められている業務を、当該病棟の患者に対して行うことは差し支えない。当該病棟の患者に対してADLの維持・向上等を目的とした評価・指導を行うため、専従の理学療法士等は1日につき6単位相当を超えた疾患別リハビリテーション料等の算定はできないものとする。なお、当該病棟の患者に対する評価・指導等は、必要に応じて、病棟外又は屋外等、配置された病棟以外の場所において実施することも可能である。	(5) 当該入院料を算定する全ての患者に対して、病棟等における早期歩行、ADLの自立等を目的とした理学療法又は作業療法が行われることとする。 (6) 当該病棟に専従の理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士(以下この項において「専従の療法士等」という。)は、当該入院料を算定する全ての患者に対して、(5)に規定する業務が行われていることに留意しつつ、主として当該病棟の患者に対して、医科点数表第2章第7部第1節に掲げるリハビリテーションの提供並びにADLの向上及び自立等を目的とした評価・指導を行うこと。当該評価・指導において必要な場合、医科点数表第1章第2部第2節入院基本料等加算、第2章第1部医学管理等及び第3部第3節生体検査料に掲げる各項目のうち、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が行うこととして認められている業務に従事することは差し支えない。なお、当該病棟の患者に対する評価・指導等は、必要に応じて、病棟外又は屋外等、配置された病棟以外の場所において実施することも可能である。			

引用改定: 2026.03.05 診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について(通知)別添1 医科診療報酬点数表に関する事項

病棟専従の療法士の介入事例

○ リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算における病棟専従の療法士は、疾患別リハビリテーションのほか、場面に応じたワンポイントのADL動作の指導や、看護職員の業務としても実施される体重測定や環境調整といった業務を、療法士としての観点から行っている事例がある。

ADL維持向上を目的とした指導
これまでの疾患別リハでは20分など時間の縛りがあり、20分に満たない活動の対応は困難であった

Activityの提案
ポジショニング
離床での体重測定
患者の状態に合わせて疾患別リハと組み合わせることで、効果的・効率的な介入が可能となる

活動促進のための環境調整(部屋の外の眺めの良いところに椅子を設置)
入浴方法の検討・指導
自主練習の個別指導

■ 同連携(体制)加算の専従療法士が算定できる、疾患別リハや特掲診療料に係る業務以外の、左記ADL維持・向上、自立等を目的とした評価・指導は、その他リハビリテーションや補完代替リハビリテーションの業務と概ね同様である。

20251001 中医協【診調組とりまとめ 資料編③】

02 疾患別リハビリテーション専従療法士の業務

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⑤

急
一般

地
メディ

地
ケア

回
リハ

疾患別リハビリテーション料の療法士による指導等の更なる推進

疾患別リハビリテーション料における専従療法士が実施可能な業務の明確化

- ▶ 疾患別リハビリテーション料に規定する専従の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士について、疾患別リハビリテーション以外に従事することのできる業務を明確化する。

【疾患別リハビリテーション料】

[施設基準]

<疾患別リハビリテーション料の専従者が従事できる業務>

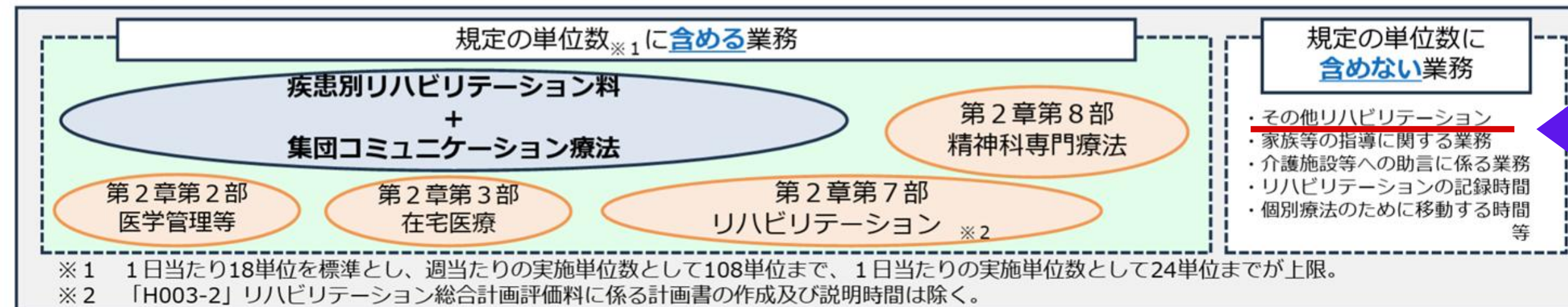
- ・ 第2章第1部医学管理
- ・ 第2部在宅医療
- ・ 第7部リハビリテーション
- ・ 第8部精神科専門療法
- ・ その他リハビリテーション、患者・家族等の指導に係る業務
- ・ 介護施設等への助言業務

(疾患別リハビリテーションに専従の職員であっても、担当している患者の退院時指導等、職務に照らして必要なその他の業務に積極的に関わることが可能であることを明確化)

<疾患別リハビリテーション料の専従者と他の専従者との兼任>

- 兼任可能
第7部リハビリテーション第1節各区分*の専従の理学療法士等
*ただし、心大血管疾患リハビリテーション料については、心大血管疾患リハビリテーションとその他のリハビリテーションの実施日・時間が異なる場合のみ可
- 兼任不可能
第1章第2部入院料等（入院料や入院基本料等加算）の専従の理学療法士等（専任は兼任可。）

- ▶ 従事することのできる業務の拡大に伴って、単純な労働時間の増加に繋がらないよう、専従の従事者1人の1日当たりの実施単位数の算出にあたっては、当該従事者が疾患別リハビリテーション料及び集団コミュニケーション療法以外の特掲診療料に係る業務に従事した場合、従事した時間を全て合算して20分以上であれば、20分につき1単位とみなし、当該実施単位数に含めることとする。



補完代替リハは、既定の単位数に含めない業務のその他リハに含まれる。

02 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)に関する施設基準

(2) 次のアからエまでを全て満たしていること。

エ アからウまでの専従の従事者が合わせて10名以上勤務すること。

これらの専従の従事者については、第2章第1部医学管理、第2部在宅医療、第7部リハビリテーション、第8部精神科専門療法、その他リハビリテーション及び患者・家族等の指導に関する業務（専任として配置が求められる者を含む。）並びに介護施設等への助言に係る業務に従事することは差し支えない。

また、第38の1の(12)の例により、専従の非常勤理学療法士、専従の非常勤作業療法士又は専従の非常勤言語聴覚士を常勤理学療法士数、常勤作業療法士数又は常勤言語聴覚士数にそれぞれ算入することができる。

ただし、常勤換算し常勤理学療法士数、常勤作業療法士数又は常勤言語聴覚士数に算入することができるのは、常勤配置のうち理学療法士は4名、作業療法士は2名、言語聴覚士は1名までに限る。

補完代替リハビリテーションは、その他リハビリテーションに含まれるため、疾患別リハビリテーションの専従者は補完代替リハビリテーションを提供可能となった

02 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)に関する施設基準

(2) 次のアからエまでを全て満たしていること。

エ アからウまでの専従の従事者が合わせて10名以上勤務すること。

これらの専従の従事者については、第2章第1部医学管理、第2部在宅医療、第7部リハビリテーション、第8部精神科専門療法、その他リハビリテーション及び患者・家族等の指導に関する業務（専任として配置が求められる者を含む。）並びに介護施設等への助言に係る業務に従事することは差し支えない。

また、第38の1の(12)の例により、専従の非常勤理学療法士、専従の非常勤作業療法士又は専従の非常勤言語聴覚士を常勤理学療法士数、常勤作業療法士数又は常勤言語聴覚士数にそれぞれ算入することができる。

ただし、常勤換算し常勤理学療法士数、常勤作業療法士数又は常勤言語聴覚士数に算入することができるのは、常勤配置のうち理学療法士は4名、作業療法士は2名、言語聴覚士は1名までに限る。

規定の単位数に

含める業務 : 特掲診療料の点数に係る業務

含めない業務 : その他リハビリテーションを含む点数に係らない業務

02 第7部 リハビリテーション <通則>

5 疾患別リハビリテーション料の点数は、患者に対して20分以上個別療法として訓練を行った場合（以下この部において「1単位」という。）にのみ算定するものであり、訓練時間が1単位に満たない場合は、基本診療料に含まれる。ただし、リハビリテーション実施計画書及びリハビリテーション総合実施計画書の作成及び説明時間、リハビリテーションの記録に係る時間、個別療法のために移動する時間等、患者に対して直接訓練を実施しなかった時間は、当該訓練時間には含まれない。

5の2 疾患別リハビリテーションの実施単位数は、従事者1人につき1日当たりの実施単位数として18単位を標準とし、週当たりの実施単位数として108単位までとする。当該実施単位数は、疾患別リハビリテーション及び集団コミュニケーション療法の実施単位数を合わせた単位数であること。ただし、1日当たりの実施単位数として24単位を上限とする。なお、当該従事者が心大血管疾患リハビリテーションを集団療法により実施する場合には、実際に心大血管疾患リハビリテーションに従事した時間20分を1単位とみなした上で計算するものとする。

5の3 疾患別リハビリテーションを担当する専従の従事者の実施単位数については、特掲診療料施設基準通知の別添1の第38の1の（2）、第40の1の（2）、第40の2の1の（2）、第41の1の（2）、第42の1の（2）及び第44の1の（2）のそれぞれに規定する業務のうち、疾患別リハビリテーション及び集団コミュニケーション療法以外の特掲診療料に係る業務に実際に従事した時間を合算した時間が、20分以上の場合は20分を1単位とみなした上で、5の2に規定する実施単位数に加えて計算する。

赤字は既定の単位数に含める・含めない業務の主な根拠

02 病棟専従リハビリテーション療法士の業務

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⑤

病棟（入院料）において配置される療法士の業務の明確化

入院料において配置される療法士の業務範囲や兼任規定の明確化

- ▶ 地域包括医療病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料及び地域包括ケア病棟入院料に規定する専従の療法士等について、当該病棟の患者に対して必要がある場合、その他の区分番号に掲げる業務（退院時リハビリテーション指導料等）に従事できることを追記する。また、生活動作の指導等において必要な場合等を考慮し、病棟の患者に対して、屋外など、病棟外で業務にあたることも可能であることを明確化する。

現行

【地域包括医療病棟入院料】

〔算定要件〕

(5) 当該病棟に専従の理学療法士等は、当該病棟の患者に対し、以下に掲げる疾患別リハビリテーション等の提供等により、全ての入院患者に対するADLの維持、向上等を目的とした指導を行うこととし、疾患別リハビリテーション料等の対象とならない患者についても、ADLの維持、向上等を目的とした指導を行うこと。このため、専従の理学療法士等は1日につき6単位を超えた疾患別リハビリテーション料等の算定はできないものとする。

改定後

【地域包括医療病棟入院料】

〔算定要件〕

(5) 当該病棟に専従の理学療法士等は、当該病棟の患者に対し、以下に掲げる疾患別リハビリテーション等の提供等により、全ての入院患者に対するADLの維持、向上等を目的とした評価・指導を行うこととし、疾患別リハビリテーション料等の対象とならない患者についても、ADLの維持、向上等を目的とした評価・指導を行うこと。当該評価・指導において必要な場合、医科点数表第1章第2部第2節入院基本料等加算、第2章第1部医学管理等、第3部第3節生体検査料及び第7部第1節リハビリテーション料に掲げる各項目のうち、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が行うこととして認められている業務を、当該病棟の患者に対して行うことは差し支えない。当該病棟の患者に対してADLの維持・向上等を目的とした評価・指導を行うため、専従の理学療法士等は1日につき6単位相当を超えた疾患別リハビリテーション料等の算定はできないものとする。なお、当該病棟の患者に対する評価・指導等は、必要に応じて、病棟外又は屋外等、配置された病棟以外の場所において実施することも可能である。

- ▶ 療法士の配置が要件となっている入院料を算定する病棟内に、療法士の配置が要件となっている入院医療管理料を算定する病室がある場合、両者の専従の療法士は兼任可能であることを明確化する。

補完代替リハは、疾患別リハや特掲診療料の算定に係る業務以外のADLの維持、向上等を目的とした評価・指導に含まれる。

同評価・指導を実施するために疾患別リハの算定を制限

急
一般

地
メディ

地
ケア

回
リハ

02 入院基本料

地
ケア

A308-3

地域包括ケア病棟入院料

(4) 当該病棟に専従の理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士は、当該病棟の患者に対し、ADLの維持及び向上等を目的とした評価・指導を行うこと。当該評価・指導において必要な場合、医科点数表第1章第2部第2節入院基本料等加算、第2章第1部医学管理等、第3部第3節生体検査料及び第7部第1節リハビリテーション料に掲げる各項目のうち、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が行うこととして認められている業務を、当該病棟の患者に対して行うことは差し支えない。なお、当該病棟の患者に対する指導等は、必要に応じて、病棟外又は屋外等、配置された病棟以外の場所において実施することも可能である。

地
メディ

A304

地域包括医療病棟入院料

(7) 当該病棟に専従の理学療法士等は、当該病棟の患者に対し、疾患別リハビリテーション等の提供等により、全ての入院患者に対するADLの維持、向上等を目的とした評価・指導を行うこととし、疾患別リハビリテーション料等の対象とならない患者についても、ADLの維持、向上等を目的とした評価・指導を行うこと。当該評価・指導において必要な場合、医科点数表第1章第2部第2節入院基本料等加算、第2章第1部医学管理等、第3部第3節生体検査料及び第7部第1節リハビリテーション料に掲げる各項目のうち、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が行うこととして認められている業務を、当該病棟の患者に対して行うことは差し支えない。当該病棟の患者に対してADLの維持・向上等を目的とした評価・指導を行うため、専従の理学療法士等は1日につき6単位相当を超えた疾患別リハビリテーション料等の算定はできないものとする。なお、当該病棟の患者に対する評価・指導等は、必要に応じて、病棟外又は屋外等、配置された病棟以外の場所において実施することも可能である。

回
リハ

A308

回復期リハビリテーション
病棟入院料

(5) 当該入院料を算定する全ての患者に対して、病棟等における早期歩行、ADLの自立等を目的とした理学療法又は作業療法が行われることとする。
(6) 当該病棟に専従の理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士（以下この項において「専従の療法士等」という。）は、当該入院料を算定する全ての患者に対して、(5)に規定する業務が行われていることに留意しつつ、主として当該病棟の患者に対して、医科点数表第2章第7部第1節に掲げるリハビリテーションの提供並びにADLの向上及び自立等を目的とした評価・指導を行うこと。当該評価・指導において必要な場合、医科点数表第1章第2部第2節入院基本料等加算、第2章第1部医学管理等及び第3部第3節生体検査料に掲げる各項目のうち、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が行うこととして認められている業務に従事することは差し支えない。なお、当該病棟の患者に対する評価・指導等は、必要に応じて、病棟外又は屋外等、配置された病棟以外の場所において実施することも可能である。

02 病棟専従療法士の業務

病棟種別		地域包括 ケア病棟	地域包括 医療病棟	回復期 リハビリテーション病棟
評価・指導 * 補完代替リハは、疾患別リハや特掲診療料の算定に係る業務を除く評価・指導や、その他リハに含まれる。	対象	当該病棟の患者	当該病棟の患者 疾患別リハビリテーション等の対象になる患者もならない患者も含む、全ての入院患者	当該入院料を算定する全ての患者主として当該病棟の患者(専門性の高いリハを入外共に患者に提供可能)
	目的	ADLの維持及び向上等	ADLの維持、向上等 ※ADLの維持・向上等を目的とした評価・指導を行うため、専従の理学療法士等は1日につき6単位相当を超えた疾患別リハビリテーション料等の算定はできない	病棟等における早期歩行、ADLの自立等を目的とした理学療法又は作業療法が行われることに留意しつつ、第7部第1節に掲げるリハビリテーションの提供並びにADLの向上及び自立等
特掲診療料の提供	行うこと	なし	なし	医科点数表第2章第7部第1節に掲げるリハビリテーションの提供
	必要時	医科点数表第1章第2部第2節入院基本料等加算、第2章第1部医学管理等、第3部第3節生体検査料及び第7部第1節リハビリテーション料に掲げる各項目のうち、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が行うこととして認められている業務		上記以外の左記業務
評価・指導の場所	必要時	当該病棟の患者に対する評価・指導等は、必要に応じて、病棟外又は屋外等、配置された病棟以外の場所において実施することも可能		

02 リハビリテーション・栄養・口腔連携（体制）加算の専従リハビリテーション療法士の業務

令和8年度診療報酬改定 II-2-3 リハビリテーション・栄養管理・口腔管理等の高齢者の生活を支えるケアの推進-①

リハビリテーション・栄養管理・口腔管理の一体的取組の全体像（再掲）

	A233 リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算		A304 地域包括医療病棟 リハビリテーション・栄養・ 口腔連携加算		(新) A308-3 地域包括ケア病棟 リハビリテーション・栄養・ 口腔連携加算
	加算1	(新) 加算2	加算1	(新) 加算2	
対象病棟	急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料、 専門病院入院基本料		地域包括医療病棟		地域包括ケア病棟
専従・専任配置	専従の療法士 1名、専任の療法士 1名 専任の管理栄養士 1名		病棟の配置職員のみ (療法士 専従2名、 管理栄養士 専任1名)		<u>専任の管理栄養士 1名</u> + 病棟の配置職員 (療法士 専従1名)
専従者の 兼務規定	専従者は、他の業務の 専従者との兼務は不可	専従者は、原則他の業務 との専従者との兼務不可 だが、 <u>チームに係る加算 の専従者との兼務は可能</u>	病棟内の入院医療管理料を 算定する病床の専従者との兼務可		病棟内の入院医療管理料を 算定する病床の専従者との兼務可 入院医療管理料の場合、病棟のリ ハ栄養口腔体制加算との兼務可
業務内容	48時間以内の評価、リハビリテーション・栄養管理・口腔管理の評価と計画についての定期的なカンファレンス 口腔管理を提供する体制と歯科診療との連携体制（望ましい要件）、指導内容を診療録に記録				
3日以内 リハ実施割合	疾患別リハを実施した患者のうち、3日以内に開始した患者が8割以上				<u>入棟患者のうち、3日以内に 開始した患者が6割以上</u>
休日リハ 実施割合	8割以上	<u>7割以上</u>	8割以上	<u>7割以上</u>	<u>7割以上</u>
ADL低下割合	3%未満	<u>5%未満</u>	3%未満	<u>5%未満</u>	二（要件なし）
褥瘡	2.5%未満				
疾患別リハの 算定制限	専従・専任：9単位まで		専従：6単位まで		×（病棟の専従者のため算定不可）
点数 (14日間)	<u>150点</u>	<u>90点</u>	<u>110点</u>	<u>50点</u>	<u>30点</u>

急
一般

地
メデイ

地
ケア

ADLの維持・
向上等を目的
とした評価・
指導を実施す
るために疾患
別リハの算定
を制限

疾患別リハは
包括算定かつ
平均2単位/日
以上の設定に
加えて、ADL
の維持・向上
等を目的とし
た評価・指導
を実施

02 病棟専従の療法士の介入事例

病棟専従の療法士の介入事例

診 調 組 入 - 1
7 . 6 . 2 6

- リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算における病棟専従の療法士は、疾患別リハビリテーションのほか、場面に応じたワンポイントのADL動作の指導や、看護職員の業務としても実施される体重測定や環境調整といった業務を、療法士としての観点から行っている事例がある。

ADL維持向上を目的とした指導

これまでの疾患別リハでは20分など時間の縛りがあり、20分に満たない活動の対応は困難であった



Activityの提案



ポジショニング



離床での体重測定



疾患別リハへの介入
(後輩指導、人材育成)



活動促進のための環境調整
(部屋の外の眺めの良いところに椅子を設置)



入浴方法の検討・指導



自主練習の個別指導

患者の状態に合わせて疾患別リハと組み合わせることで、効果的・効率的な介入が可能となる

■補完代替リハビリテーションは、同連携（体制）加算の専従療法士が算定できる、疾患別リハや特掲診療料に係る業務以外の、左記ADL維持・向上、自立等を目的とした評価・指導や、その他リハビリテーションに含まれる。

03 短時間（1単位未満）リハビリテーションについて

2026年度診療報酬改定

補完代替リハビリテーションは、理学療法士等が実施可能な業務の一部であることが明確化された -2

- 第7部 リハビリテーション<通則>において、「疾患別リハビリテーション料の点数は、患者に対して20分以上個別療法として訓練を行った場合（以下この部において「1単位」という）にのみ算定するものであり、訓練時間が1単位に満たない場合は、基本診療料に含まれる」とされる。このような短時間のリハビリテーションは、疾患別リハビリテーション料に規定されたその他リハビリテーションに該当するとされる。
- このような短時間のリハビリテーションは、従事した時間を合算して20分1単位とみなせる業務には該当しない。

■ こうしたリハビリテーションは、補完代替リハビリテーションの中のPOCリハビリテーションの概念に近いものと思われる。

■ 以上は当局に確認済。

地
ケア

POC (Point of Care) リハビリテーションについて


【定義】

- ① 療養中の患者の傍らで(Point of Care)
- ② 個別に短時間(20分未満/回)
- ③ オンデマンドでリアルタイムに直接介入するリハビリテーション

上記3つの要素のうち、①、②は必須ですが、③はケースバイケースです。オンデマンドのこともあれば、計画してPOCリハビリテーションを提供することもあります。

【例：トイレ動作への介入】
70歳代女性 第12胸椎圧迫骨折(既往歴:左視床出血) 目標:杖歩行自立、ADL:自宅内ADL自立

POCリハビリテーション介入



歩行速度の増加 ドア開閉時のバランス評価 畳の上げ動作

【ポイント】
病棟生活において、転倒や禁忌動作による疼痛増悪のリスク、各動作の介助ポイントが多職種と共有し、日常生活自立度向上に向けた支援を進める

方向転換時のバランス評価

POCリハが初めて、中医協と入院・外来医療等の調査・評価分科会場で紹介された。

【目標】
転倒なく安全に杖移動ができ、トイレ動作が自立できる

【課題】
・ 病棟では車いすでの移動が主で、杖での移動頻度が少ない
・ トイレ動作遂行に時間を要する

「POCリハビリテーションのすすめ」(一般社団法人地域包括ケア推進機構)より引用 66

引用改定:2025.06.26 (令和7年度第5回)入院・外来医療等の調査・評価分科会

03 第7部 リハビリテーション <通則>

5 疾患別リハビリテーション料の点数は、患者に対して20分以上個別療法として訓練を行った場合（以下この部において「1単位」という。）にのみ算定するものであり、**訓練時間が1単位に満たない場合は、基本診療料に含まれる。**ただし、リハビリテーション実施計画書及びリハビリテーション総合実施計画書の作成及び説明時間、リハビリテーションの記録に係る時間、個別療法のために移動する時間等、患者に対して直接訓練を実施しなかった時間は、当該訓練時間には含まれない。

5の2 疾患別リハビリテーションの実施単位数は、従事者1人につき1日当たりの実施単位数として18単位を標準とし、週当たりの実施単位数として108単位までとする。当該実施単位数は、疾患別リハビリテーション及び集団コミュニケーション療法の実施単位数を合わせた単位数であること。ただし、1日当たりの実施単位数として24単位を上限とする。なお、当該従事者が心大血管疾患リハビリテーションを集団療法により実施する場合には、実際に心大血管疾患リハビリテーションに従事した時間20分を1単位とみなした上で計算するものとする。

5の3 疾患別リハビリテーションを担当する専従の従事者の実施単位数については、特掲診療料施設基準通知の別添1の第38の1の（2）、第40の1の（2）、第40の2の1の（2）、第41の1の（2）、第42の1の（2）及び第44の1の（2）のそれぞれに規定する業務のうち、疾患別リハビリテーション及び集団コミュニケーション療法以外の特掲診療料に係る業務に実際に従事した時間を合算した時間が、20分以上の場合は20分を1単位とみなした上で、5の2に規定する実施単位数に加えて計算する。

その他リハに包含

訓練時間が1単位に満たない短時間リハは基本診療料に包括される
従事した時間を合算して20分1単位とみなせる業務には該当しない

短時間リハ（個別）
≒POCリハ

03 POC(Point of Care)リハビリテーションについて

地 ケア

POCリハが初めて、中医協と入院・外来医療等の調査・評価分科会の場で紹介された。

【定義】

- ① 療養中の患者の傍らで(Point of Care)
- ② 個別に短時間(20分未満/回)
- ③ オンデマンドでリアルタイムに直接介入するリハビリテーション

上記3つの要素のうち、①、②は必須ですが、③はケースバイケースです。
オンデマンドのことであれば、計画してPOCリハビリテーションを提供することもあります。

【例：トイレ動作への介入】

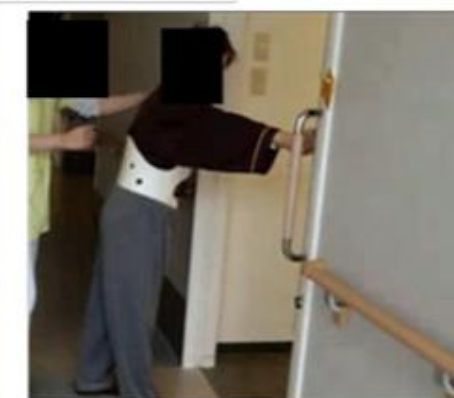
70歳代女性 第12胸椎圧迫骨折(既往歴;左視床出血) 目標:杖歩行自立、ADL:自宅内ADL自立



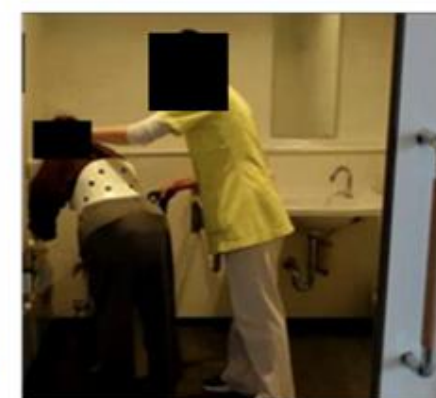
POCリハビリテーション介入



歩行頻度の増加



ドア開閉時のバランス評価



蓋の上げ動作



方向転換時のバランス評価

【目標】

転倒なく安全に杖移動ができ、トイレ動作が自立できる

【課題】

- ・ 病棟では車いすでの移動が主で、杖での移動頻度が少ない
- ・ トイレ動作遂行に時間を要する

【ポイント】

病棟生活において、転倒や禁忌動作による疼痛増悪のリスク、各動作の介助ポイントを多職種と共有し、日常生活自立度向上に向けた支援を進める

03 POC(Point of Care)リハビリテーションについて

地
ケア

生活機能リハのイメージとして、POCリハが紹介された。

退院後の自立を目指した生活機能リハビリのイメージ

診調組 入-1
7.6.26

○ 入院中のリハビリには、身体機能の回復や廃用症候群の予防だけでなく、退院後の生活を見据えた生活機能の回復のための介入が求められる。

➤ 生活機能回復のためのワンポイントの介入の例（トイレ動作）
「POCリハビリテーションのすすめ」（一般社団法人地域包括ケア推進病棟協会）より写真を引用



歩行頻度の増加



ドア開閉時のバランス評価



方向転換時のバランス評価



蓋の上げ動作

➤ (例) 排尿・排便に関する介入モデル（運動器疾患のパターン）

✓ 目標	✓ 廃用予防	✓ トイレ動作獲得 (移動含む)	✓ 病棟ADL自立	✓ 自宅退院
ADL	ベッド上臥床	トイレ動作介助	トイレ動作自立	病棟ADL自立
疾患により低下した身体機能・ADL向上	基本動作練習 (寝返り練習・指導等)	筋力・バランス低下に対して ・立ち上がり練習 ・立位保持練習 ・トイレ動作練習	筋力低下及びバランス低下に対して、 トイレまでの歩行練習 ・排泄以外の活動の拡大	
生活機能の回復		病棟職員との連携(トイレ動作介助方法の共有)	病棟環境でのADL評価、移動や移乗の方法指導、訓練	自宅のトイレ環境に合わせた移動や移乗の方法指導、訓練
廃用症候群予防	自主トレ指導(ベッド上でのブリッジ運動等)	離床の促し (食事時の車椅子乗車等)	離床の促し(自室内での自主トレ指導等)	離床の促し(病棟内での自主トレ指導等)

▲ コルセット作成・離床許可

03 POC(Point of Care)リハビリテーションについて

地
ケア

生活の場におけるADL・生活機能の維持・向上等を目的とした指導の効果

診調組 入-3
7.9.11改

POCリハのエビ
デンスが紹介さ
れた。

○ 生活の場におけるADLや生活機能の維持・向上等を目的とした指導については、一定の効果が示されている。

○ DPC対象病院における地域包括ケア病棟において、POCリハビリテーション導入病院への入院は良好なBI効率と関連していた可能性がある。

関 知嗣ら,日本慢性期医療協会誌,136,78-84,2021.

○ 外科手術入院患者における骨格筋量の変化は、中央値で入院1日当たり病棟専従理学療法士配置前-0.052kg/m²から配置後-0.004kg/m²となり、専従理学療法士を中心としたADL維持向上活動が骨格筋量の減少予防にも有用である。(※)

安田 耕平,日本サルコペニア・フレイル学会誌,5(1),163-165,2021.

※令和6年診療報酬改定にて廃止となったADL維持向上等体制加算の算定病棟における研究。病棟専従療法士は、疾患別リハビリテーション料との兼務は不可。

引用改変：2025.06.26（令和7年度第5回）入院・外来医療等の調査・評価分科会

POCリハの詳細はwebで！

<<https://chiiki-hp.jp/care/rehabilitation>>

04 まとめ

疾患別又は病棟専従リハビリ療法士が届出可能な算定と単位



	算定	従事者の 実施単位	備考
疾患別リハビリテーション及び集団コミュニケーション療法 特掲診療料に係る業務に実際に従事例) 排尿自立支援加算	＊可 ＃可	加えて計算 加えて計算 20分未満の業務は 合算して20分以上になれば1単位とみなす	<ul style="list-style-type: none"> 疾患別リハ専従者は、1人18単位/日を標準、24単位/日を上限として、108単位/週まで算定可能 地域包括医療病棟専従者は、1人6単位/日まで算定可能 地域包括ケア病棟において、＊は包括算定（DPC/PDPS算定期間を除く）、＃は同診療料毎に異なる
疾患別リハビリテーション料の算定において訓練時間が1単位に満たない場合を含む、その他リハビリテーション等例) POCリハ等	不可 基本診療料に包含	加えない	8時間の就業時間内で実施可能単位の他に余地があれば実施可能

疾患別リハビリテーション料の算定におけるリハビリテーション実施計画書及びリハビリテーション総合実施計画書の作成及び説明時間、リハビリテーションの記録に係る時間、個別療法のために移動する時間等の患者に対して直接訓練を実施しなかった時間や、その他リハビリテーション及び患者・家族等の指導に関する業務、介護施設等への助言に係る業務等は、当該訓練時間には含まれない。

04 まとめ

疾患別又は病棟専従リハ療法士が届出可能な算定と単位



	算定	従事者の 実施単位	備考
疾患別リハビリテーション及び集団コミュニケーション療法	*可	加えて計算	<ul style="list-style-type: none"> 疾患別リハ専従者は、1人18単位/日を標準、24単位/日を上限として、108単位/週まで算定可能 地域包括医療病棟専従者は、1人6単位/日まで算定可能 地域包括ケア病棟において、*は包括算定（DPC/PDPS算定期間を除く）、#は同診療料毎に異なる
特掲診療料に係る業務に実際に従事例）排尿自立支援加算	#可	加えて計算 20分未満の業務は合算して20分以上になれば1単位とみなす	
リハビリテーション・栄養・口腔連携（体制）加算の専従療法士も実施が可能			
疾患別リハビリテーション料の算定において訓練時間が1単位に満たない場合を含む、その他リハビリテーション等例）POCリハ等	不可	基本診療料に包含 加えない	8時間の就業時間内で実施可能単位の他に余地があれば実施可能

疾患別リハビリテーション料の算定におけるリハビリテーション実施計画書及びリハビリテーション総合実施計画書の作成及び説明時間、リハビリテーションの記録に係る時間、個別療法のために移動する時間等の患者に対して直接訓練を実施しなかった時間や、その他リハビリテーション及び患者・家族等の指導に関する業務、介護施設等への助言に係る業務等は、当該訓練時間には含まれない。

03

急性期病棟から地域包括医療病棟
への機能転換の支援について

(オンデマンド配信)地域包括ケア推進病棟協会主催

「地域包括医療病棟の届出研修」

～令和8年度診療報酬改定を踏まえた
各医療機関の課題と方略～



【開催概要】

- ◇日時：9月14日(月)正午～10月30日(金)17時
- ◇対象：地域包括ケア推進病棟協会 会員施設
(会員以外の方も参加可能)

【プログラム・講師】



岩手県立千厩病院
院長 久夢良 徳彦



医療法人財団興和会
右田病院
法人本部長 菊地晶紀



社会福祉法人恩賜財団
東京都済生会向島病院
看護部長 佐久間あゆみ



特定医療法人社団勝木会
やわたメディカルセンター
リハビリテーション技師部
部長 理学療法士 後藤伸介

◇参加費：会員 3,000円 非会員：8,000円

問合せ：地域包括ケア推進病棟協会 E-Mail maf-jahcc@mynavi.jp

令和8年度診療報酬改定を見据え、昨年度実施した「地域包括医療病棟の届出研修」をさらにブラッシュアップ。

最新の制度動向や実践事例を踏まえ、届出から運営までの課題と対応策をわかりやすく解説します。

第12回研究大会の開催について



第12回 地域包括ケア推進病棟研究大会

つながりが育む地域包括ケア
～困ったときの頼れる“あなた”になるために～



会期
2026年 7月11日(土)

会場
神戸国際会議場
(神戸市中央区港島中町6-9-1)

大会長
野瀬 範久
(医療法人社団十善会 野瀬病院 理事長)

<https://www.gakkai.co.jp/jahcc12/>



演題登録期間

2026年
2月2日(月)正午～3月31日(火)正午

事前参加登録期間

2026年
4月1日(水)正午～6月10日(水)正午

一般社団法人 地域包括ケア推進病棟研究会 事務局
〒100-0003 東京都千代田区一ツ橋1-1-1 ハレスサイドビル
(株)毎日学術フォーラム内
E-mail: info@chiki-hp.jp

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: jahcc@gakkai.co.jp

裏面を
ご覧ください

大会長挨拶

第12回地域包括ケア推進病棟研究大会 大会長挨拶

このたび、第12回地域包括ケア推進病棟研究大会の大会長を仰せつかりました、医療法人社団十善会 野瀬病院 理事長の野瀬範久です。

本大会は、阪神・淡路大震災から30年を経過し、復興の象徴である神戸の地で開催いたします。かつてこの街には「お節介やき」の文化が根付き、困ったときには自然に手を差し伸べ合う地域のつながりがありました。震災の経験から生まれた地域の絆と助け合いは、現在の地域包括ケアの理念にも通じています。

しかし今、私たちは高齢化と多死時代に直面し、孤独や生活不安が大きな課題となっています。「とくとき入院、ほほ在宅」の理念を実現するためには、病院機能にとどまらず、多職種が互いに支え合う医療・介護のあり方が一層求められています。

加えて、南海トラフ地震をはじめとする大規模自然災害のリスクは現実のものとして迫っています。地域包括ケア・医療病棟は、平時の医療・介護連携だけでなく、有事においても地域の拠点として機能しなければなりません。我々が地域を支える力となるよう、BCPや災害対策の備えについても共に議論し、未来を見据えた地域づくりを進めていくことが重要です。

2026年度には診療報酬改定が予定され、地域包括ケア・医療病棟の役割や方向性が改めて問われることになります。その節目にあたる今回の大会では、全国の実践者の知恵を共有し、これからの病棟運営に必要な視点を皆さまと共に考える機会としたいと考えています。あわせて、災害への備えについても共に考え、地域を守り抜く力を高める場としたいと考えています。

さらに今回は、これまでにない試みとして閉会式後に懇親会を企画しました。多職種の皆さまが立場を越えて交流し、情報交換を深める貴重な場になると期待しています。加えて、神戸のご当地グルメと有名お笑い芸人をゲストにお招きし、関西ならではの雰囲気も楽しんでいただければ幸いです。学びと交流に加え、温かいつながりを実感できる一日となるでしょう。

全国から多くの皆さまに神戸へお越しいただき、共に語り合えることを心より楽しみにしております。



第12回地域包括ケア推進病棟研究大会
大会長 野瀬 範久

演題登録 / 事前参加登録

大会ホームページよりご登録ください。

▶ <https://www.gakkai.co.jp/jahcc12/>



演題登録期間 2026年2月2日(月)正午～3月31日(火)正午

発表カテゴリ

- | | | |
|--------------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| 1. 理学療法 (PT) | 2. 作業療法 (OT) | 3. 言語聴覚療法 (ST) |
| 4. マルチモビリティ | 5. 栄養管理、NST | 6. 口腔ケア、食生活療法 (嚥下障害の一体的取り組みなど) |
| 7. 排泄ケア、褥瘡ケア | 8. 認知症ケア、身体抑制防止 | 9. 薬物療法、ポリファーマシー対策 |
| 10. 緩和ケア | 11. アドボカシープランニング (ACP)、臨床倫理 | 12. 院内多職種協働、チーム医療 |
| 13. 看護・介護計画 | 14. 働き方改革、業務改善 (タスクシフト/シェア) | 15. 医療の質、クリニカルパス |
| 16. 医療安全・事故対策 | 17. 感染対策・感染管理 | 18. 医療DX (特にAI・ロボティクス活用) |
| 19. 高齢者救急 | 20. 入院支援 (医療ソーシャルワーカー含む)、家族支援 | 21. 在宅医療連携・地域包括ケアにおける多職種協働 |
| 22. 地域連携 (病棟・病診、介護・施設連携) | 23. 広報戦略・地域営業・渉外活動 | 24. 診療報酬・介護報酬 |
| 25. 地域医療構想、地域医療連携推進法人 | 26. 病院経営、組織マネジメント | 27. 危機管理・BCP (事業継続計画) |
| 28. 地域共生社会への取り組み、SDGs | 29. コミュニティの活用 (地域包括ケア推進) など | 30. 骨粗鬆症リエンサーブ、FLS |

事前参加登録期間 2026年4月1日(水)正午～6月10日(水)正午

事前参加登録費 会 員 10,000円 (会員施設または賛助会員企業に勤務する者)
非会員 15,000円 ※ 当日参加登録費 18,000円 (会員・非会員、問わず)

懇親会

参加者の皆さま同士が職種・施設の垣根を越えて交流し、日頃の実践や課題、工夫を共有できる機会として懇親会を開催いたします。皆様ぜひご参加ください。

日 時	2026年7月11日(土) 17:30～20:00 (研究大会終了後)
会 場	神戸ポートピアホテル (研究大会会場から徒歩圏内)
会 費	医 師 事前 5,000円 / 当日 6,000円 メディカルスタッフ等 事前 2,000円 / 当日 3,000円
司 会	遠藤 章造 さん (ココリコ・吉本興業)

事前参加登録延長!
6月15日(月)18時まで

アカデミー・研修会の実施について

05

(eラーニング) 2026年度 地域包括ケア推進病棟協会アカデミーの開催

本研修会は、最先端の地域包括ケアを支える医療・ケアを学び、医療人としてのスキルアップを目指し、在宅復帰を支える医師・看護師・介護福祉士・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・薬剤師・管理栄養士・歯科医師・歯科衛生士・社会福祉士など、多職種の医療スタッフに最適な講座を提供します。今回は、より体系的な学習環境を整えるため、講義をeラーニング形式として提供することといたしました。

(※尚、本アカデミーを修了された医師は、日本地域医療学会 (JACH) の「日本地域医療学会認定総合医」制度における下記の受講ポイントとして10ポイントが認定される予定です。)

- ① 「地域総合診療専門医」資格更新のポイント
- ② 「日本地域医療学会認定総合医」制度におけるポイント

【開講方法】 eラーニング形式 (各講義をオンデマンド配信)

【開講期間】

1次募集分 2026年07月01日 (水) 正午～最長2027年01月31日 (日) 正午
2次募集分 2026年10月01日 (木) 正午～最長2027年04月30日 (金) 正午

【受講料】

会員は受講料無料です。

※非会員は1分野5千円です。(7分野で35,000円)

【受講申込締切日】

1次募集：2026年6月19日 (金) 正午

2次募集：2026年9月18日 (金) 正午

開講期間終了後、受講病院の受講 (修了) 結果を集計し、その結果に基づいて受講病院の表彰を実施します。表彰は、病院毎の受講ポイント (100病床当たりの受講者数をポイント化) により行います。後日、全受講表彰 (総合賞)、各講座表彰 (部門賞) を対面で実施する予定です。表彰式の詳細は別途お知らせいたします。

(eラーニング) 2026年度 地域包括ケア推進病棟協会アカデミー 講義プログラム (全7分野、9講義)

1. 2026年地域包括ケアシステムの理解 (60分)

「地域包括ケア推進病棟協会における新たな病院機能と地域包括ケア・医療病棟における各医療スタッフのコンピテンシー」

仲井培雄 医療法人社団和楽仁 芳珠記念病院 理事長

2. マルチモビディティ (60分)

「地ケアのマルチモビディティを踏まえた診療のコツ」

大浦誠 南砺市民病院 内科部長・総合診療科部長

3. 認知症とせん妄の治療とケア (60分)

「認知症とせん妄の治療とケア」

内海知加子 内田病院 認知症看護認定看護師

4. 補完代替リハビリテーション (60分)

「地域包括ケア・医療病棟の補完代替リハビリテーション」

野瀬範久 医療法人社団十善会 野瀬病院 理事長

5. ACPと在宅復帰支援 (各30分、計60分)

「ACP」

小関香奈 ベルピアノ病院 社会福祉士 医療福祉相談室 室長補佐

「在宅復帰支援」

糸田恭子 ベルピアノ病院 退院支援看護師 主任

6. 口腔ケアと栄養 (各30分、計60分)

「口腔ケア」

阪口英夫 医療法人永寿会 陵北病院 歯科医師 副院長

「栄養ケア・マネジメント」

高田健人 十文字学園女子大学 人間生活学部 食物栄養学科 准教授

7. 多職種連携による対策 (60分)

「多職種連携による病棟のポリファーマシー対策」

高山喜光 内田病院 薬剤師

今年度の新しい研修会

オンデマンド配信予定

- リハビリテーション・栄養・口腔連携加算 実務者研修会
- 在宅復帰・退院支援 実務者研修会
- 補完代替リハビリ 実務者研修会
- 施設見学会

秋以降開催予定

詳細は決まり次第HPにてお知らせいたします

ご清聴ありがとうございました