シンポジスト③
房間 美恵
関西国際大学 教授

患者の高齢化に伴い、日常生活動作（ADL）の低下、治療薬の副作用や将来への不安、家族に迷惑を掛けたくないという思い、検査費用や薬剤費などの経済的負担といった生活上の多種多様な課題やニーズが見られる。その中で看護師は、患者の些細な変化に気付き、思いや困りごとを引き出し、適切な職種やサービスに繋ぐ橋渡し役を担っている。そのためには、患者の日常生活や家族・社会的背景などを多面的に把握し、意思決定を含む必要な支援の継続が必要だ。こうした実践の積み重ねが、患者の安心やその人らしい療養生活の支えに繋がると考えている。

シンポジスト④
辻村 美保
コミュニティーホスピタル甲賀病院薬剤科

薬剤師は、①薬剤が効いているか②薬剤は安全か③薬物治療が続けられるか―の3つの視点を持っている。治療継続のためには患者との信頼関係を構築することが必須だ。そのためには、多職種との連携に加え、患者のライフイベントに対応したきめ細やかな支援が必要となる。私が経験した症例では、未来への不透明な不安感を抱いていた女子大生の患者に対し、治療を行いながらの就労の実態や、適切な管理下での妊娠・出産についてなど、薬剤以外に関する説明を行った。各患者の生活に根差した支援を行うために、薬剤師は治療の先にある患者の暮らしを見つめ、それを多職種とどこまで共有できるかが問われている。

編集長より

本シンポジウムでは、多職種連携が単なる役割分担ではなく、患者さんの安心、自己効力感、治療継続を支える基盤であることが多角的に示されました。超高齢社会の進行に伴い、RA診療はますます複雑になります。だからこそ、専門職同士が情報を共有し、同じ方向を向いて支える体制づくりが、未来の医療に不可欠だと感じました。（了）

第1会場（ホールD7）の様子

リウマチ財団「医療保険部会」からの便り

第7回：リウマチ入院診療の2026年度診療報酬改定

寄　稿
田村 直人 氏
日本リウマチ財団医療保険部会 部会員／
順天堂大学医学部膠原病内科 主任教授

責任編集
松野 博明 氏
日本リウマチ財団医療保険部会 部会長／
松野リウマチ整形外科 院長

2026（令和8）年度診療報酬改定では、物価・賃金上昇への対応とともに、2040年を見据えた医療提供体制の再構築が大きな柱となった。
入院医療では急性期・包括期・慢性期の機能分化がさらに進められ、患者の状態に応じた病床移行を促す方向性が示されている。膠原病・リウマチ診療に関係する変更としては、急性期病院機能の評価新設、DPC/PDPSの見直し、生物学的製剤・JAK阻害剤の包括評価からの除外、バイオ後続品の使用促進などが挙げられる。
一方で、制度が目指す効率化と、個々の患者に必要な診療期間・医療資源との間に乖離が生じないかという視点も必要と思われる。

1. 急性期医療とDPC/PDPS ―病院機能評価と在院日数の効率化

今回、地域における救急搬送の受け入れや手術等の実績に着目した「急性期病院A・B一般入院料」が新設された（Aは1,930点、Bは1,643点）。従来型の急性期一般入院料1～6も併存するため、単純な上下関係ではなく、看護配置や医療・看護必要度を中心とする従来の病棟評価に、救急搬送・手術実績という病院全体の急性期機能を評価する軸が加わったかたちである。この施設基準は救急搬送件数・全身麻酔手術件数が中心となるため、膠原病など、手術を伴わず多臓器管理と高度な免疫抑制療法を要する内科的急性期医療を主体とする病院・病棟では、届出要件を満たしにくい可能性がある。

DPC/PDPSでは在院日数に応じた包括点数の基本構造は維持されつつ、診断群分類・入院期間・包括点数が見直され、第Ⅱ日の設定に在院日数中央値を取り入れるなど、より標準的な診療期間を反映する方向への変更が行われた。「重篤な臓器病変を伴う全身性自己免疫疾患（070560）」の第Ⅱ日はやや短くなっているが、手術・処置等2や高額薬剤の使用有無、定義副傷病等による分類が再整理されており、実際の医療資源投入量をより反映した包括点数設定が図られている。改定前後の第Ⅱ日だけを機械的に比較せず、分類される患者集団と包括点数の変化を併せて評価する必要がある。また、重症SLEやANCA関連血管炎、炎症性筋疾患などでは、寛解導入療法後も感染症や副作用のモニタリングが欠かせない。在院日数短縮だけを目的化せず、必要なモニタリングと退院後の生活機能を含めたアウトカム確保の視点も重要である。

整形外科では、2026年度のDPC/PDPSにおける在院日数・医療資源評価の見直しは、周術期管理の効率化や早期離床・退院をさらに促す方向に作用すると考えられるが、高齢RA患者では、多関節障害、フレイル、併存疾患等により術後の機能回復に時間を要することも多く、画一的な在院日数短縮は困難である。急性期病院から回復期リハビリテーション病棟等へ移行する際、後述のように維持期治療として必要な分子標的治療薬が一定の要件下で包括評価から除外されたことは、リウマチ治療を継続しながら術後リハビリを行ううえで重要な変更である。

2. 生物学的製剤・JAK阻害剤 ―包括評価からの除外

薬剤料を包括する各入院料（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、療養病棟等）に共通する除外薬剤に、生物学的製剤・JAK阻害剤が追加された。ただし対象は「入院前から投与が継続されており、他の治療薬で代替不能な場合」に限られ、入院後に新規導入した場合は対象外である。これにより、疾患活動性が安定したRA患者が骨折や感染症などの合併症を契機にADLが低下し、回復期リハ病棟や地域包括ケア病棟等への転院を要する場合の薬剤費による受け入れ障壁の軽減が期待される。ただし、実際の受け入れには医療依存度、ADL、認知機能、家族・介護環境、受入施設の診療能力など多くの要因が関連する。なお本変更はDPC/PDPSとは別の包括評価制度に対するものであり、DPCの包括評価から除外されるわけではない。

除外対象病棟の一つである地域包括医療病棟自体も、2026年度改定で「急性期病棟併設の有無」「入院形態（緊急／予定入院）」「手術の有無」という3軸により6区分（3,066～3,367点）へ細分化され、急性期病棟を併設しない包括期特化型の病院ほど高く評価される体系となった。生物学的製剤などで疾患活動性が安定しているRA患者が、肺炎や尿路感染症などを併発した場合の急性期医療の受け皿としての役割も期待される。

3. バイオ後続品について

DPCでは先行バイオ製剤からバイオ後続品への変更自体を理由に診断群分類が変わることはないが、同じ包括点数のもとで低価格のバイオ後続品を使用すれば薬剤コストの低減につながる。加えて、入院医療機関向けの「バイオ後続品使用体制加算」（2024年度新設、100点）は2026年度改定で算定時期や使用実績に関する要件が見直された。さらに、保険薬局向けには新たに「バイオ後続品調剤体制加算」（50点）が新設されている。入院から外来・在宅まで一貫してバイオ後続品の使用を促進する体制整備が進められている。リウマチ診療では、生物学的製剤を長期間継続する患者が多いため、入院中にバイオ後続品を使用する場合にも、患者への十分な説明と、退院後の治療継続を見据えた薬剤選択が必要となる。

4. まとめ

2026年度診療報酬改定では、急性期病院の機能評価とDPC/PDPSの見直しが進められる一方、生物学的製剤・JAK阻害剤の包括評価からの除外など、膠原病・リウマチ患者の病床移行支援につながる見直しも行われた（表）。高齢化や併存疾患の増加が進む膠原病・リウマチ診療では、在院日数の短縮そのものではなく、必要な急性期医療を確保し、適切な時期に適切な医療機能へ移行することが重要である。今後は、効率化と治療の安全性、患者ADL・QOLをいかに両立するかが課題となる。（了）

表　2026年度改定の主な変更と膠原病・リウマチ診療への影響

改定項目	制度上期待される効果	膠原病・リウマチ診療での留意点
急性期病院A・B	救急・手術等を含む病院機能の明確化	内科系は届出要件を満たしにくい場合がある一方、手術主体の整形外科は届出しやすい
DPC/PDPS見直し	在院日数・医療資源利用の効率化	必要な観察・モニタリング期間を確保
病床機能分化	状態に応じた病床への移行／地域包括医療病棟が3軸で6区分に細分化	早期退院・転院そのものを目的化しない
生物学的製剤・JAK阻害剤の包括除外	入院前から継続・他剤代替不能の場合、薬剤費による受け入れ障壁を軽減	入院後の新規導入は対象外／実際の転院にはADL・受入体制も影響
バイオ後続品	使用体制加算の要件見直し（入院初日→退院日）・調剤体制加算（50点）新設で使用を後押し	算定タイミング変更への対応、患者への説明・安全性確認
今後の評価	医療機能の分化・連携	在院日数だけでなく治療成績、安全性、ADL・QOLを検証

作成／田村直人氏