

JPTA NEWS

2026.06
No. 361

| 特集 |

現場課題と未来構想をつなぐ 令和8年度診療報酬改定

#理学療法士に関わる主な改定項目

制度で現場はどう変わるのか。

注目の項目をピックアップ!

#処遇改善

診療報酬以外にも対象!

介護報酬や障害福祉サービス報酬でも期中改定

| Cross Talk |

話題の新設加算「看護・多職種協働加算」について

公益社団法人
日本理学療法士協会
JPTA Japanese Physical Therapy Association

現場課題と 未来構想をつなぐ 令和8年度診療報酬改定

厚生労働省
保険局医療課長
林修一郎さん

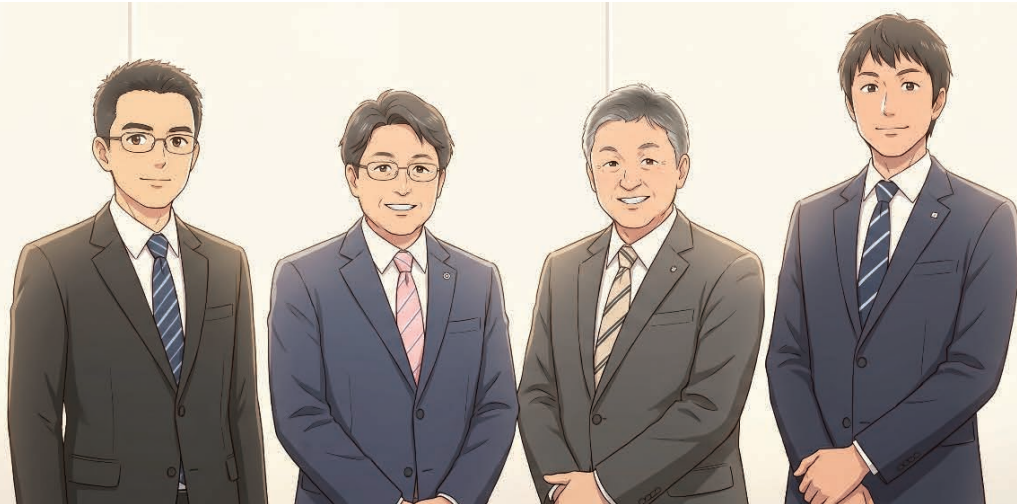
×

日本看護協会
会長
秋山智弥さん

×

日本理学療法士協会
会長
斉藤秀之

日本理学療法士協会
副会長
佐々木 嘉光



会報誌「JPTA NEWS」へのご意見・ご感想を募集しています。
右記のQRコードを読み取り、アンケートフォームからご回答ください。



Cross Talk



厚生労働省保険局医療課長
林 修一郎さん

公益社団法人
日本看護協会会長
秋山 智弥さん

公益社団法人
日本理学療法士協会会長
齊藤 秀之

公益社団法人
日本理学療法士協会副会長
佐々木 嘉光

話題の新設加算 「看護・多職種協働加算」について

2026年度診療報酬改定が、6月1日から施行されました。本改定は、限られた人材の中で効率的に質の高い医療を提供し続けるための見直しであり、リハ職には「実施するだけでなく、成果を出す役割」がこれまで以上に求められています。制度が示す方向性は明確になりつつありますが、現場ではどのように解釈し、日々の実践へと落とし込んでいくべきなのでしょう。本特集に掲載する今回の改定の詳細やその背景の紹介が皆さんの理解の助けとなれば幸いです。

まずは、この改定の背景や真意、また、改定項目の受け止めについて鼎談を実施しました。特に、現場から不安の声も聞かれている「看護・多職種協働加算」の趣旨や背景、そして現場に何が期待されているのかについても掘り下げています。鼎談を通して、これからのリハビリテーション職に求められる姿を探ります。

佐々木
令和8年度報酬改定の告示などが発出されてから、周囲の様々なご意見や反応などがあったかと思います。今回の改定について、現在どのような変化や影響を感じられていますでしょうか。

林さん
3月末によく告示、通知などを出し終え、率直に安堵しています。今回の改定では、医療従事者の処遇や患者さんへの医療提供の継続に影響が出ては困ると考え、医療機関の経営が成り立つことを一番重要な課題と考えてきました。今後2年間の医療提供に向けて、現場の皆さんにもがんばって

こうと思える改定内容になっていると良いなあと思います。そういうお声を聞いてほっとしています。

秋山さん
人口構造の変化が進み、2040年という次の社会保障のマイルストーンが見える中で、また、他産業が質上げていく中で、どう医療従事者を確保するかが大きな課題となっています。加えて、物価高への対応として病院経営の立て直しを図るという足元の課題と、2040年に向けた新たな医療提供体制を構築するための一歩という、2つの難しい課題に対応した改定であったと理解しています。
そのような中で、30年ぶりとなる3%台、3.09%のプラス改定で着地したことは大きな成果であり、改定作業に丁寧に対応してくれた皆さんに感謝するとともに、関係団体が丸となって取り組んだ結果だと感じています。この成果が現場の一人ひとりの手元に早く、着実に届き、実感をもってやりがいにつながるものが何より重要です。少子化が急速に進む中で、担い手の確保という喫緊の課題にも対応し得る内容であったと受け止めています。

齊藤
これまでの取り組みを踏まえつつ様々な見直しが行われ、将来を見据えた今後の方向性が示されたことで、会員にも一定の納得感をもって受け止められているようです。同時に本改定をスタート地点として、新たな制度・仕組みを作ろうという意思も感じられ、私たちの働き方や役割に対する意識を大きく変えていく必要があるというメッセージが明確に伝わってきました。まず自らがそれに気づき、その働き方や役割を周りの人にもご理解いただけるような雰囲気づくりができる内容だと、私自身は好意的に捉えていますし、会員にも少しずつ浸透しています。細かな運用については実際に進めてみなければ

わからない点もありますが、適正に運営をしている医療機関では前向きな評価をされているのではないのでしょうか。

佐々木
今回の報酬改定において特に思いを込めた項目やその背景など、林課長からお聞かせいただき、それを踏まえて各会長から改定項目などの各団体の受け止めをお話いただけますか。

林さん
85歳以上の高齢者の増加や人口減少といった考慮すべき大きな社会の変化により、医療機関の役割も変わってきています。地域ごとのニーズに合わせたサービスを提供していくことが重要です。急性期では、入院時から日常生活動作（以下、ADL）を落とさないように、あるいは、手術後からADLを上げていくようにもっと理学療法士に活躍いただきたいですし、必然的に、働き方が、急性期のリハにもっと取り組む方向に変わってくると思います。患者さんのためにどういう働き方が良いのかという点に意識を向けていただきたいと期待しているところです。
次に、回復期では、皆さんのご努力でリハが充実しています。一方、「量」の提供が目的となっている場合も見受けられるので、患者さんがご自宅に帰るためにどうADLを上げていくかに目を向けていただけるよう、実績指数のルールが変更されています。最大限の効果を上げられるリハを提供いただく仕組みを推進したいとも考えています。
地域ごとのニーズに即した医療サービスを提供して、患者さんの治療とADL向上を全体で図っていけるよう、皆さんと進んでいきたいと考えています。

秋山さん
85歳以上になると要介護度がぐっと上がるので、高齢化に伴い、医療と介護、両方の複合的なニーズが必要な患者さんが増える中で、どこまで急性期の濃厚な治療をするのか、

あるいは、しないのか、といったところから考えていかなければなりません。このような意思決定に関わる時に、多職種でカンファレンスを行い、倫理的な側面も含め、いろいろな視点でいろいろな意見を持ち寄って最善の策を考えることが求められていると思います。

今回の改定で急性期病棟をABという形で分けられたように、専ら治療に特化した「治す医療」を担う病院と、慢性疾患や障害などを抱えながらも自分らしく生活することを目指す「治し支える医療」を担う病院と、機能を分けていくことによって、効率的・効果的な医療提供が可能になると考えています。財源がない中で、どうやって質を維持していくか、その答えは効率化しかないと思います。

患者さんには療養の場を移っていただかないといけないという点を理解いただき、それでも安心して移っていただくためには、医療機関が分化していても、相互の継続的な関わりを切らさないための連携が必要です。お互いが「のりしろ」をつなげ合い、両者がともに一人の患者さんに関わっていくような情報連携の在り方がますます求められるようになってきています。その一つが、在宅における訪問看護師と病院看護師の同行訪問です。特に患者さんの生活場面においては、理学療法との親和性が高く、退院前後の同行訪問など、看護師と理学療法士と一緒に支援していけることを期待しています。

齊藤
急性期でどれだけリハを実施したかの量によって回復期での患者さんの状態が全然違うと感じています。これまで、急性期の先生から「あとはリハ病院で」と言われ、転院してみたら土日休みの回復期ということもありました。また、急性期の病棟というのは医師と看護師のものという文化を我々は感じていました。これから多職種が入っていく中で文化づくりを、とりわけ看護師の皆さんと一緒に話し合っていくべきではないかと思っています。私は、急性期と名乗る病棟はすべてそういう形になっていく勢いがあると思っています。
一方で、回復期は「しているADL」が治療というよりも協働することが目的になっていて、歩けるのに車いすであれば施設に行けるから、移動は車いすのまま良いみたいな事例もありました。単位の世界だけじゃない働き方で専門性を出していくとき、その中におそらく患者本位の連携がもっと生まれると思います。
また今回、専従の業務については将来を見越して、病棟以外、疾患別リハ料以外の業務ができる形で、かつ働き方も考慮した制度にしているのではないかと私は思っています。そういう中で、今回の病棟配置だけではなく、いろいろとところでそれができてくれば面白い、変わっていくだろうと思います。
ただ正直、みんなまだ不安ですね。今回の改定の意図をどうやって浸透させるか、これから力を入れていかないといけないと思っています。

佐々木
今回の改定で新設された「看護・多職種協働加算」について、林課長からその趣旨や背景を教えてください、それを踏まえて各会長から加算の新設についての受け止めをお話いただけますか。



林さん

急性期の病棟の中で、看護師と理学療法士などのリハ専門職と一緒に患者さんのADLを良くするためにどうすれば良いかと考えて協力していただくような場所になってほしいと思っています。多職種で行うことで、様々な専門職のノウハウを持ち寄り、異なるスキルや価値観を尊重しながら学び合い、取り入れることができるとよいと思います。さらに言うと、例えば、今は患者さんが歩く練習をしたくても、入院時に安静度が決められていたり、病棟スタッフが一緒に病棟から出られなかったりするけれど、必要以上に安静を促すルールや組織文化のようなものも外していけるとよいと思います。患者さんが良くなるという意味でもプラスですし、より温かいケアにつながると考えています。



秋山さん

生活援助は単なる日常動作のサポートではないと思っています。リハ室のようなフラットな床は屋外にはほとんどなく、地面はどこも傾斜しています。生活環境によって動作の仕方にも工夫が必要になります。リハ室ではなく、入院中の生活の場である病棟に入ってくれば、病室からトイレまで実際に移動できるかどうか、お風呂で頭を洗うときにどれだけ手が使えるかなど、生活の場に入ってみないとなかなか見られないところがあります。例えば、看護師であれば、体を拭きながら皮膚の状態を観察したり、排泄を介助しながら排泄物の状況を見て消化管のアセスメントをしたり、といったように、生活援助と診療の補助を同時にやっているからこそ、異常を早期に発見し、合併症を予防するなどのアウトカムが達成できています。生活援助をすべて他の職種に丸投げしてしまうと、本来看護師が見るべきところを見る機会が失われてしまいます。実際、清拭を看護補助者にタスクシフトしたことで、新規褥瘡発生率が増えたといった報告も聞いています。やはり、看護師が自分たちの専門性が何かということをごきちと踏まえ、アセスメントの能力を高め、他の職種へ丸投げすることなく、どこまでを自分の目で観察し、どこからを他の職種に任せられるかを考えながら、他の職種と協働して生活援助を実践していかなければならないと思います。

また、たとえ同じ行為を実施したとしても、看護師と理学療法士では見えるものが違ってくると思います。同じ生活援助行為を提供しつつも、その中で得た専門的「気づき」を共有すること、これこそが専門職の連携であり、それを協力して一緒にやるのが協働だと考えます。病院の中には、誰にも割り当てられていな

い仕事があれば、誰にでもできる仕事もあります。他の職種にも、そうした仕事に率先して関わっていただき、その中で専門的「気づき」を見つけていただきたいと思います。



斉藤

ADLとなると、理学療法士はどの動作にどのくらいの関節可動域が必要で、筋力が必要で、どういう動作が、どういうバランスが必要か、考えるわけですね。看護の視点や考え方と、我々の運動学習や課題解決型訓練の考え方の両方がうまく組み合わせられていくと、おそらくもっと質は上がると思います。リハ室のようなフラットな床に代表される環境限定型で課題解決したうえで、環境に適応するような運動学習がなされることも重要だからです。また、理学療法士の本来的業務以外として、ナースコールや病棟の電話に出るというようなところから看取りのケアまで、必然的に連携が出てくることもあるでしょうから、卒前教育や連携教育も必然的に変えないといけないだろうと思います。



秋山さん

多職種連携やチーム医療に関する卒前教育は、今後ますます増えていくと思います。以前に私が勤めていた大学では、チーム医療や多職種カンファレンスの教育が医・歯・薬・看護学部の合同で行われていました。例えば、口内炎の患者さんの症状の緩和にどう対応するか、医師、薬剤師、栄養士、看護師、それぞれの視点がみな違います。いろいろな意見とアイデアを出し合うからこそ、最良の結論に到達します。それがまさに、多職種が連携・協働することの真の意義だと思います。看取りの場面なども、私がもしリハ専門職の立場だったら、今まであまり実践してこなかったようなことを、自分の目で見て、そこで気づいていくこともたくさんあるのではないかと、ケアの幅ももっと広がっていくのではないかと、すごくワクワクしてきます。



斉藤

職場内教育(OJT)についても、リハ専門職は技術職的な面があるためか、医師や看護師に比べると確立されていないところに課題があります。365日提供のリハでは、担当療法士が休みの日は他の療法士が担当します。その際に担当療法士との連携や引継ぎは非常に重要で、やり方が標準化されていないといけません。制度としてはとても良いのですが、我々がそれを使いこなすという課題があるので、看護師の皆さんには温かく見守っていただけるとありがたいです。



佐々木

本加算の施設基準の中で、「医療機関内で多職種協働の目標や各職種が行う業務内容、情報共有の方法等について、文書で整理し、配置される多職種間で共有していること」と明記されています。今後、現場での理学療法士と看護師との連携の在り方について、現場に期待することをお聞かせいただけますか。



林さん

どんな形でこの協働が始まるのが、現場によってまちまちかもしれません。新しい仕事ですし、応用問題を解いていただくような形になると思うので、しっかりそこで活躍できる人にまず入っていただいて、そこでアセスメントをして、協働していくというやり方を築いていただけたらと思います。



秋山さん

今回の改定では入院基本料の施設基準に看護管理者の要件を入れていただきました。病棟においては、医師でもマネジメントが難しい中、様々な職種、様々な診療科、様々な対応をマネジメントしながら安全に医療を提供し、多職種を歓迎して病棟に招き入れ、合同カンファレンスをファシリテートするような看護管理者が要だと思っています。形だけのDXや形だけのタスクシェアにしないためにも、様々なツールを共有・活用し、「患者さんの利益」という共通の目的のために協働できる仕組みを作っていってほしいです。



斉藤

看護師の業務のベースがあってこそ3療法士のリハ治療です。お互いに「じゃあ任せろ」と言って、その後の話もキャッチボールができるようになると、そこから助け合いの業務が出てきます。回復期の先駆的な取り組みでは、病棟マネジメントといって看護師と療法士とでマネジメントしています。急性期でも取り入れて、その上でジョブローテーションができると思うと思っています。



秋山さん

看護師とリハ専門職とで、2人1組でまず何かやってみるのも良いですね。看護だけ、リハだけではうまくいかない患者さんを抽出して、同じ生活を違う目で見ても面白いです。生活援助を単なる介助と見れば、それで終わってしまいます。そこで終わらせないのが専門職の醍醐味だと思います。



斉藤

患者さんができるスキルや動作をいかに増やすか、自分で生活できるとか、労働者として社会にもう一回戻ってもらうとか、そういう大きな視点でできることを探していくのが我々理学療法士です。それを周囲と相談をしながらもらえる世界ができてくると良いですね。回復期の枠を超えるような、そのくらいの意欲で取り組んでほしいです。



佐々木

最後に現場の理学療法士へのメッセージを一言ずついただけますでしょうか。



林さん

一言で言うと、やはり「患者さんのために」という共通のゴールで仕事をしていくということと、他の職種と学び合いをしながらやっていただけたらなと思っています。通知を受けて、具体的な取り組みについてあらかじめ話し合っていたと思う一方で、現場はもっと面白いと思うので、文書の中で書いているとか、今までに経験をしたとか、こういうふうな学校で習ったとか、そういったことに限定せず、患者さんが良くなるために、新しい経験を重ねながら新しいスキルを身につけ、工夫をして取り組んでいただきたいと思います。



秋山さん

看護師についても言えることですが、これは私の専門、これは私の専門外、みたいなことをやっている、結局は患者さんに不利益が生じます。繰り返しになりますが、「患者さん第一」で考えて、協力し合い、声を掛け合いながら率先してやることが、協働において何より大事だと思いますし、その中で専門職の目線で振り返りを行うことで、新たな気づきも生まれてくると思います。「これは看護補助者の仕事だから私たちの仕事ではない」と切り捨ててしまうと、失うもの大きいと思います。やはり自らが現場に入って経験をすることが必要です。理学療法士の皆さんにも、ぜひそのような場面に積極的に一緒に入ってきていただき、気づいたことや意見を出していただきたいです。それこそが真の専門職の連携だと思います。そういう他流試合を通して切磋琢磨し、患者さんのケアの質の向上、医療の質の向上につながっていくことを願っています。ぜひ一緒に頑張ってまいりましょう。



斉藤

チャレンジ&イノベーションですね。患者さん本位と全体最適ですから、「これ位で良いんじゃない」はありえません。チャレンジだと私は思います。



理学療法士に関わる

主な改定項目

前ページまでの鼎談では、今回の診療報酬改定をめぐる全体像とともに、理学療法士の実践に大きく関わる改定項目の一つである“看護・多職種協働加算”について、様々な視点からお話しいただきました。

ここからは、その内容も踏まえて、理学療法士に関連する主な改定項目を解説します。改定のポイントをあらためて確認し、日々の臨床業務にどのように活かしていくかを考える一助としてご活用ください。



参考

厚生労働省
令和8年度診療報酬改定について
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_67729.html

全病期共通の 注目ポイント

疾患別リハビリテーション (以下、リハ) 料における 専従療法士業務の明確化

疾患別リハ料リハに規定する専従の療法士について、疾患別リハ以外に従事することのできる業務が明確化されました。これに伴い、専従者の負担が単に増えることのないよう、疾患別リハや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に、20分を1単位として実施単位数に含める取扱いとなりました。病棟内にとどまらず、専門性を生かした指導や助言など、より柔軟なリハ提供体制の推進が期待されます。

医療機関外における 疾患別リハ料の 上限単位数が増加

医療機関外で実施する疾患別リハについては、従来、1日3単位までとされていました。しかし、生活場면을想定した訓練等では、より長時間を要する場合がありますことから、質の高い生活機能回復に資する取組を促進する観点より、算定上限が見直されました。これにより、一連の入院につき、追加で合計3単位まで(医科点数表第二章第七部リハビリテーション通則第4号に規定する患者は6単位まで)算定可能となりました。

退院時 リハ指導料の見直し

退院時リハ指導料の目的を踏まえた適切な患者への指導を推進する観点から、対象患者の要件が見直されました。保険医療機関での入院中に、疾患別リハ料等を算定した患者に限られることになりました。

ベッド上でのポジショニングや 拘縮予防を目的とした 疾患別リハの取扱い

離床を伴わず、ベッド上でポジショニングや拘縮予防を目的とした他動的訓練のみを行う疾患別リハについて、10%の減算となり、算定単位数が1日2単位までに制限されました。ただし、急性期の入院料等を算定する患者や、離床困難な15歳未満の小児、医師が医学的に必要と判断した場合は減算対象外です。加えて、疑義解釈より、言語療法や排痰を促す訓練等は、ベッド上のみであっても対象外となることが示されています。

右上の「厚生労働省 令和8年度診療報酬改定について」のページから以下の順でご確認ください。
第3 関係法令・通知等(1) 共通 > 1. 算定方法・施設基準 > 様式(医科)

総合実施計画書 評価料の見直し

書類の簡素化を目的に、リハビリテーション実施計画書と総合実施計画書が統合されました。患者等の署名欄は廃止され、計画書の説明は医師に加え理学療法士等も可能となりました(回復期リハ病棟は引き続き医師による説明が必要)。また、2回目以降に算定する評価料が新設されました。なお、新たな書式や記載内容の詳細は、厚生労働省の通知をご確認ください。

介護保険との 連携の要件化と目標設定等 支援・管理料の廃止

脳血管疾患等リハ料・廃用症候群リハ料・運動器リハ料において、介護保険サービスの利用が必要と思われる患者に対して、介護支援専門員と連携し、必要に応じて訪問リハ通所リハ事業所等の紹介や見学・体験を提案することが算定要件となりました。これに伴い、目標設定等支援・管理料は廃止され、同管理料を算定していない場合の減算規定も併せて廃止されました。

急性期における 注目ポイント

休日リハ加算の新設

平日と休日を通じて切れ目のないリハビリテーション提供を推進するため、休日リハ加算が新設されました。各疾患別リハ料の対象患者に対して、土曜日又は休日にリハを実施した場合、加算の起算日から30日目までを限度として、土曜日や休日の介入1単位につき25点を所定点数に加算できます。

入院後3日以内の 早期リハをさらに評価

入院直後からの早期リハ介入を推進するため、入院後3日以内に実施するリハビリテーションが重点的に評価される仕組みとなりました。早期リハ加算の算定期間は30日から14日に短縮され、入院初日～3日目は60点/1単位、4日目～14日目は25点/1単位と段階的な評価となります。

看護・多職種協働加算の 新設

地域の急性期医療を担う医療機関において、早期退院やADLの維持・向上を目的に、看護師と理学療法士等が連携して関わる体制を評価する「看護・多職種協働加算」が新設されました。理学療法士は、入院生活の中で患者が実際に動く場面に合わせた評価や指導を行い、訓練室でのリハの内容を日常生活でも自ら実践できるよう支援する役割が示されています。病棟での関わりを通じて、理学療法士の専門性を活かすことが重要となります。

鼎談 (2-5ページ) も読んでね!

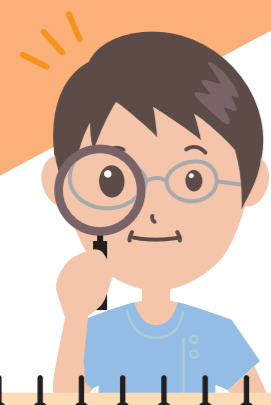


リハ・栄養管理・ 口腔管理の 一体的な取組推進

リハ・栄養・口腔連携体制加算についてさらに評価するとともに、施設基準を緩和した加算2が新設されました。加算2に従事する専従の理学療法士等においては、排尿自立支援加算、精神科リエゾンチーム加算、摂食嚥下機能回復体制加算における業務についても兼務できることが示されました。この改定は、本会として要望してきた方向性とも合致するものです。今後の取組のさらなる拡充が期待されます。

疾患別リハ料に係る 算定単位数上限緩和 対象患者の見直し

算定単位数の上限が緩和される対象患者(別表第九の医科点数表第二章第七部リハビリテーション通則第4号に規定する患者)について、発症後60日以内から、発症日、手術日又は急性増悪の日から60日以内に見直されました。また、令和6年度改定で、急性期一般病棟から回復期リハ病棟に転棟した場合、発症から60日経過後は運動器リハ料(1)におけるリハの実施が6単位/日までに制限される一方で、発症60日経過後も急性期一般病棟での入院を続けた場合、9単位/日のリハを実施できる状態となっていたため、足並みが揃えられました。



理学療法士に関わる

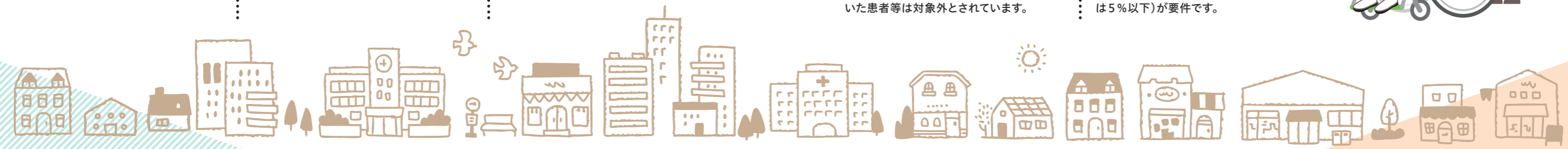
主な改定項目

回復期における 注目ポイント

<h3>回復期リハ強化体制加算の新設</h3> <p>回復期リハ病棟入院料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強化体制加算が新設されました。施設基準として、リハ実績指数は48以上と高い結果を求められ、排尿自立支援加算や摂食嚥下機能回復体制加算など生活機能回復に資する多職種チームによる取組や、自宅復帰率と関係のある退院前訪問指導の実施割合など、より質の高い取組に対しての評価が設けられました。</p>	<h3>回復期リハ病棟入院料に係る見直し</h3> <p>退院前訪問指導料が出来高算定可能となり、入院後早期に退院前訪問指導の必要があると認められる場合は、2回算定することができるようになりました(入院時訪問指導加算との同時算定は不可)。また、地域支援事業への参加や口腔管理体制の整備が回復期リハ病棟入院料3及び4においても望ましい取組として拡大されました。</p>	<h3>回復期リハ病棟入院料における実績指数基準の見直し</h3> <p>回復期リハ入院料1及び3では実績指数の基準が上げられ、これまで実績指数の基準がなかった入院料2及び4においても新たに実績指数の要件が導入されました。また、歩行(移動)及びトイレ動作が6点以上に改善した場合に実績指数が上がりやすい計算式が導入されました。実績指数の算出から除外できる患者範囲から80歳以上の高齢者や、FIM認知項目24点以下から15点以上のものが外れるなど範囲が縮小し、その分除外できる割合が3割から2割に低減されています。</p>	<h3>回復期リハ病棟入院料における重症患者割合の基準の見直し</h3> <p>回復期リハ病棟入院料1から4までについて、重症患者の対象がFIM21点以上～55点以下に範囲が絞られ、21点未満の重症患者の受け入れに懸念が生じています。一方対象に、高次脳機能障害及び脊髄損傷と診断を受けた患者が追加され、重症患者の新規受入割合の基準は引き下げられ、同時に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ました。</p>	<h3>高次脳機能障害者への退院支援</h3> <p>回復期リハ病棟入院料等において高次脳機能障害の患者に適したサービス提供先の情報をあらかじめ把握し、退院時に、当該患者又はその家族等に説明の上、情報提供を行うことが要件とされました。利用を予定している保険医療機関・事業所・施設が決まっていれば、3か月以内に作成したリハ総合実施計画書等を文書により提供することも含まれます。地域における医療・介護領域だけではなく、障害福祉関連機関とのネットワーク作りや高次脳機能障害支援普及事業の支援拠点機関との連携が求められます。</p>	<h3>休日リハ体制の見直し</h3> <p>回復期リハ病棟1及び2に加え、3及び4についても、土曜日、休日を含め全ての日に、リハを提供できる体制を備えていることが要件とされました。また、土曜日、休日の1日当たりリハ提供単位数は平均2単位以上から平均3単位以上に引き上げられました。今回の改定により、急性期一般入院料等を含めた土曜日、休日のリハの提供拡大が期待されます。</p>
---	---	---	---	--	--

包括期・慢性期における注目ポイント

<h3>地域包括医療病棟におけるリハ・栄養・口腔連携加算見直し</h3> <p>急性期一般入院料等で算定されるリハ・栄養・口腔連携体制加算の見直しと合わせて、加算1は1日につき80点から110点へと引き上げられるとともに、施設基準を緩和した加算2が新設されました。</p>	<h3>地域包括ケア病棟におけるリハ・栄養管理・口腔管理の一体的取組の見直し</h3> <p>地域包括ケア病棟においても、リハ・栄養管理・口腔管理の一体的な取組を推進する観点から、地域包括ケア病棟の配置等に合わせたリハビリテーション・栄養・口腔連携加算が新設されました。</p>	<h3>療養病棟入院基本料の見直し</h3> <p>医療的ケア児の受入を評価する観点から、超重症児は医療区分3、準超重症児は医療区分2に追加されました。これにより、医療的ケアを要する小児が重症度に応じて位置付けられ、療養病棟での受入や医療提供が報酬上適切に評価されることとなりました。</p>	<h3>障害者施設等入院基本料の見直し</h3> <p>患者の状態に応じた適切な管理をさらに推進する観点から、主傷病名が廃用症候群の患者のうち医療区分1又は2に相当する患者について、従来の出来高評価から、療養病棟に準じた包括評価へ見直しことが示されました。ただし、廃用症候群を発症する以前から重度の肢体不自由児(者)に該当していた患者等は対象外とされています。</p>	<h3>身体的拘束最小化推進体制加算の新設</h3> <p>身体的拘束の最小化に向け、組織的に特に質の高い取組を行う体制を評価する加算が新設されました。病院全体での方針共有の下、全職員への講習や、身体的拘束最小化チームによる巡回・取組内容の検討等が求められます。なお、身体的拘束を実施した日数の割合は、原則3%以下(届出から1年間は5%以下)が要件です。</p>	
---	--	---	--	---	--



処遇改善!

理学療法士が知るべき

医療・介護・福祉の報酬改定情報

本会ではこれまで、理学療法士の賃上げについて要望を行ってきました。令和8年度の診療報酬改定に加え、介護報酬や障害福祉サービス報酬でも期中改定が行われます。これまで処遇改善加算の対象外であった訪問リハビリテーションや訪問看護等についても、新たに処遇改善加算が創設されますので、ぜひ本ページで情報をご確認ください。

本体部分の引き上げが
3%台の高水準となるのは、
1996年度以来
30年ぶり!

改定率について

賃上げにおける令和8年度報酬改定のポイント

診療報酬



全体の改定率 **+3.09%** のうち、
+1.70% が賃上げ分に充当。

介護報酬



全体の改定率 **+2.03%** のうち、
+1.95% が賃上げ分に充当。

障害福祉サービス等報酬



改定率 **+1.84%** が
賃上げ分として決定。



賃上げに重要な

“ベースアップ評価料”とは

ベースアップ評価料は、令和6年度診療報酬改定において新設された仕組みであり、医療従事者の処遇改善(賃上げ)を目的として導入され、その後も運用面の見直しや対象範囲の調整などが行われています。

本評価料は、外来及び在宅医療に関わる職員を対象とした「外来・在宅ベースアップ評価料」と、入院医療に携わる職員を対象とした「入院ベースアップ評価料」から構成されています。届出状況を見ると、医療機関全体では約4割にとどまっているものの、病院に限ると9割近くの届出がある一方、診療所では4割程度にとどまっており、導入の遅れが課題となっています。

また、病院においても病床数の少ない施設ほど届出率が低い傾向が指摘されています。



参照: <https://www.mhlw.go.jp/content/10808000/001604905.pdf>

✓ ベースアップ評価料における、令和8年度診療報酬改定での変更点について

令和8年度診療報酬改定における変更点は、主に以下の2点が挙げられます。

1 対象職種の拡大

従来の対象職種に加え、事務職員及び40歳未満の勤務医師・勤務歯科医師が新たに対象として位置づけられ、より広い職種で処遇改善を図る仕組みへと見直されました。

2 評価料の一部の入院基本料への統合

これまでのベースアップ評価料の水準を踏まえ、入院料ごとの平均的な評価が入院基本料に組み込まれる形となり、令和6~7年度にベースアップ評価料の届出を行っていなかった保険医療機関に対しては、減算等の措置が講じられます。制度への対応状況が診療報酬上の評価に直接影響する仕組みが強化されています。

✓ 介護報酬改定について

介護分野における人材確保と職員の処遇改善を着実に進めるため、令和9年度介護報酬改定を待たず、期中改定が実施されました。今回の改定では、介護職員等処遇改善加算が拡充され、加算率の引き上げが行われています。さらに、これまでは処遇改善加算の対象外であった訪問リハビリテーションや訪問看護、居宅介護支援等についても、新たに処遇改善加算が創設されました。疑義解釈では、前回改定に引き続き、加算対象の職種として「理学療法士」が挙げられており、介護職員以外の全職種が対象に含まれるとされています。介護施設・事業所においては、制度趣旨を踏まえ、積極的な算定と専門職の処遇改善につなげる取組が期待されます。

参照: <https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/001675711.pdf>



✓ 障害福祉サービス報酬改定について

障害福祉分野における人材確保のため、令和9年度障害福祉サービス等報酬改定を待たず、期中改定が実施されることとなりました。福祉・介護職員等処遇改善加算の対象が福祉・介護職員のみから障害福祉従事者に拡大されるとともに、生産性向上や協働化に取り組む事業者に対する上乗せや、これまで処遇改善加算の対象外であった計画相談支援、障害児相談支援等についても対象サービスとなる拡充が行われました。特に、上位の加算を算定するには、現場の課題の見える化の実施が必須となっていることや、理学療法士が専門性を発揮できる、職場環境改善のための福祉・介護職員への介護技術の修得支援やリフト等の活用、職員に対する腰痛対策の研修の実施が要件に含まれています。

✓ 個別での賃上げが実現していない理由や現状の課題

リハビリテーション専門職団体協議会(構成団体:日本理学療法士協会・日本作業療法士協会・日本言語聴覚士協会)として、令和7年7月に「令和7年度リハビリテーション専門職の現金給与総額の引き上げが行われていない施設は、医療施設で約3割、介護施設・事業所で約6割、障害福祉施設・事業所で約5割存在し、半数近くの施設で昇給が実施されていない実態が明らかとなりました。その理由として、時限的な加算による処置であることへの不安や、ベースアップ加算だけでは賃金上昇分の財源に届かないこと、また制度上の対象職種に差があることからリハビリテーション専門職に分配されなかったことなどが挙げられていました。

給与に反映されていないなあ...



今後のさらなる賃上げに向けた取組

今後の確実な賃上げに向けた対応策においては、

- すべてのリハビリテーション専門職の賃上げに確実につながる対応策とすること
- 時限的な制度ではなく恒久的な対応策とすること
- 医療・介護・障害福祉間の格差や職種間の格差が生じない対応策とすること
- リハビリテーション専門職が提供する技術・サービス料の基本報酬の引き上げを行うことなど、経営の安定を図りつつ、現場で働くリハビリテーション専門職の賃上げに確実につながるような、抜本的な対策を引き続き要望してまいります。

Top Message

トップメッセージ

2026.6

会長
齊藤 秀之



令和8年度診療報酬改定は、我が国の医療提供体制の質的転換を一層推進するものであり、とりわけリハビリテーション医療においては、「量から量と質の両立へ」、すなわちアウトカムと働き方を重視した評価への転換が明確に打ち出されたと受け止めています。

回復期リハビリテーション病棟では、実績指数の見直しや対象患者の整理など、より実態に即した評価体系が導入され、質の高いリハビリテーションの提供がますます求められるようになりました。また、急性期医療における評価の見直し、休日のリハビリテーション提供体制の強化や看護・多職種協働の推進は、理学療法士の活躍の場が急性期へと広がる新たな局面を示すものであり、入院早期からの関与と包括的支援の重要性を一層高めています。さらに、高次脳機能障害患者への退院支援の強化や地域との連携の推進など、入院から在宅・社会復帰までを見据えた一貫した支援体制の構築が求められます。

さて、休日体制の強化や看護・多職種協働の推進に加え、施設基準における専従要件の見直しは、理学療法の本来的業務をより一層強化する評価です。単位数ではなく生活に「違い」を生み出す理学療法へ転換し、「20分」「訓練室」といった従来の枠を超え、「生活」がより良くなるための「最善の方法」を追求する理学療法士の専門性がより求められています。これらは、登録理学療法士や認定・専門理学療法士といったキャリアパスの確立と、その報酬上の適切な位置づけにつながる重要な契機でもあります。

本会としては、こうした制度改革の方向性を的確に捉え、会員一人ひとりが専門職としての価値を社会に示し続けることができるよう、引き続き支援してまいります。そして、今回の改定の浸透により、今後、理学療法士に対する社会的ニーズと需要がより高まることが期待されます。この変革を好機と捉え、理学療法のさらなる質の向上と社会的役割の強化・拡充に向け、ともに歩みを進めてまいりましょう。

量と質の両立へ
— 理学療法士の価値を高める診療報酬改定 —

新連載

未来のために！一人ひとりのアドボカシー活動

このコラムでは、協会のアドボカシー活動を皆さんに紹介していきます。

アドボカシー活動とは「特定の立場や課題について、社会や意思決定者に働きかけ、理解・支持・制度的な改善を促す活動」とされています。第2回となる今回は、国の「骨太の方針」にリハビリテーションの重要性を明記していくための重要な動きに焦点を当てます。

第2回

骨太の方針と リハ議連

〈議員連盟とは〉
特定の政策課題をテーマに、政党や派閥の枠を超えて国会議員が結成する任意団体。議員が自主的に集まり、勉強会、法案作成、業界団体との連携などを行い、政策実現を目指す集団。

〈参考資料〉

骨太の方針2025:
<https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/cabinet/honebuto/2025/decision0613.html>

リハ議連第13回総会:
https://www.japanpt.or.jp/info/20260423_949.html

次回以降もアドボカシー活動について、できるだけわかりやすく解説していきます。

皆さんは「経済財政運営と改革の基本方針（骨太の方針）」をご存じでしょうか。これは政府が毎年6月頃に策定する、翌年度の予算や政策の方向性を示す重要な指針です。私たちの給与や診療報酬・介護報酬の改定、健康増進・予防における理学療法士の関与に関する政府方針も、この方針がベースとなります。

この骨太の方針に「リハビリテーションの重要性」を明記してもらうため、強力な後ろ盾となっているのが「リハビリテーションを考える議員連盟（リハ議連）」です。現在、この議連には衆参あわせて240名を超える国会議員が参加しています。これほど大規模な議連は数少なく、それだけリハビリテーションが国家戦略として期待されている証しでもあります。

本会は、現場の切実な声や理学療法士による支援がもたらす社会的な効果をデータで示し、粘り強くアドボカシー（政策提言）活動を続けています。政治は遠い世界の話ではなく、志をともにする議員の皆さんとともに私たちの未来を創る活動です。主権者である会員の皆さんの声を国政に届け、国民の利益につなげられるように、取り組みを強化してまいります。



JPTA政策目安箱を設置しました！



理学療法士に関する政策について、誰でも意見を投稿いただけます。現場の困りごとや地域の取組など皆さんのご意見をぜひお聞かせください。



投稿はこちらから↑

<https://www.japanpt.or.jp/activity/procedure/#a3>



未来を拓く！理学療法士と政治活動

国政や地方議会で活躍する理学療法士や、連盟を含めいろいろな形で政治活動を行っている理学療法士に登壇いただき、業界を取り巻く様々な課題やその解決に向けた取り組みを紹介いたします。



田中 昌史

1965年北海道札幌市生まれ。1987年理学療法士免許取得。元参議院議員。2026年2月、第51回衆議院議員総選挙にて当選。

田中まさし公式サイト

<https://tanaka-masashi.com/>



日々の臨床に全力で向き合っておられる皆さんに、心より敬意を表します。今回は政治家として理学療法士の皆さんにお伝えしたいことを述べさせていただきます。

皆さまは、患者さまと接する中で、「もう少し制度が柔軟であれば、もっと良くなるのに」と感じた経験はないでしょうか？ その気づきこそが、医療・介護・福祉を前に進める原動力です。大切にしてください。

現在、人口減少や高齢化、地域格差の拡大といった課題が進行する中で、理学療法士の役割はますます重要になって

います。一方で人員不足、制度上の制約、報酬体系の課題など、多くの壁に直面しています。政策や制度は現場からの声があってこそ変わります。

皆さまの望む未来とはどのようなものでしょうか？ 家庭、仕事、お住まいの地域、経済などで描く未来や実現したいことは何でしょうか？ 望むものがなければ政治活動の必要はありません。ある場合は声を上げる必要がありますが、「どこに、どのように伝えればよいのか」と悩まれると思います。その際は都道府県理学療法士会・連盟に相談するほか、各種会議や組織内の仕組みを通じて提案して

みてください。どのように進めるかについて、ともに考えていただくことが第一歩です。次いで実現に向けともに声を上げ、政治家を動かす行動をしてください。「自分のことは自ら」考え、行動することが皆さまの未来を創ります。理学療法士の議員が政策への反映や制度改善に全力で取り組むためには皆さまの声、民意の結集が不可欠です。そして、国民生活の向上に資する理学療法士の仕事と生活を守り、発展させるために、それぞれの地域で皆さまができる政治活動を進めましょう。



生涯現役



森之宮病院
紀伊 克昌(きい かつまさ)さん

1942年生まれ。1967年に行岡保健衛生学園日本医学技術学校を卒業。欧州等での研修を経て帰国後、大阪聖母整肢園、ボバース記念病院にて管理職を歴任。その傍ら、大阪府理学療法士会会長、日本理学療法士協会理事・副会長などの要職を務めた。管理職退任後は後進の育成に注力。現在はボバース記念病院、森之宮病院、大阪発達総合療育センターにて職員教育に従事している。



本コーナー「生涯現役」では、生涯現役で活躍する先達から会員の皆さまへのメッセージを募集しております。お問合せ先: JPTA NEWS担当

news@japanpt.or.jp

患者さんと真摯に向き合う姿勢を次世代の糧に

養成校卒業後、欧州等での研修を経て帰国し、大阪聖母整肢園での勤務、ボバース記念病院での部長・副院長職を務め上げました。管理職を退いた現在のセカンドキャリアとしては、後進育成のため、ボバース記念病院や森之宮病院、大阪発達総合療育センターにて職員教育を中心に活動しています。

今年で84歳という年齢から講義中心と思われがちですが、私の主戦場は今も臨床の場にありま。そこでは技術指導に留まらず、セラピストとして患者さんの可能性を信じ、真摯に向き合う「姿勢」を伝えることを大切にしています。80歳を超えてなお臨床に立ち続けられるのは、ひとえに長年連れ添った妻の支えと、臨床に対する私自身の情熱があったからこそだと確信しています。時には身体が思うよう

に動かないこともありますが、気力を振り絞り、日々現場に向き合っています。

経験豊富な会員の皆さんには、ぜひ積極的に後進の育成に関わっていただきたいと願っています。各職場のシステム上の難しさは承知しておりますが、教育制度が変化した今、卒後教育としての臨床指導の重要性はかつてないほど高まっています。

また、若い世代の皆さんには、ぜひ早いうちに外の世界へ目を向け、研鑽を積むことをお勧めします。年齢を重ねれば、職責や家庭の事情も増えていくものです。柔軟な若いうちに積み上げた経験こそが、将来の皆さんを支える揺るぎない糧となるはずで。

登録理学療法士
更新
ポイント

コツコツ
学ぼう!

登録理学療法士の更新ポイントの取得方法の一つに、JPTA NEWSの問題解答があります。全問正解で、1ポイント取得できます。登録理学療法士の方は、更新資料をご確認のうえ、以下の方法からチャレンジしてみてください。

〈紙冊子を開覧している場合〉
会員専用アプリでQRコードを読み取ってください。申込期限は「8月19日」です。
〈QRコード読取ができない場合〉(WEB上で閲覧している場合など)
マイページから、セミナー番号で検索してください。(セミナー番号:152853)、申込期限は「8月18日」です。
※解答完了後、翌日中に履修履歴へ反映されます。

カリキュラムコード

71 感覚障害

解答期限は8月19日まで

問題解答

登録理学療法士制度の概要はこちら ▶ <https://www.japanpt.or.jp/pt/lifelonglearning/new/registered/>

コツコツ学ぼう!登録理学療法士更新ポイントに関するお問合せは、本会ホームページFAQからお願いいたします。



INFORMATION

会員数 145,571名

2026年5月31日現在※休会者含む

ご登録内容に変更が生じた場合は、日本理学療法士協会(以下、本会)ホームページ内の【マイページ】へログインし、Web申請にて各種手続きをお願いいたします。トラブル防止のため、電話・メール・FAXによる各種申請は受け付けておりません。

(参考URL) <https://www.japanpt.or.jp/pt/announcement/member/>



マイページのご利用について

ログインID
パスワード(PW)の
再発行

マイページへログインできない場合は、マイページログイン画面下の「ログインできない方はこちら」より、ID・PWの再発行申請をお願いします。(注)お電話によるID・PWのご照会は行っておりません。
<https://www.japanpt.or.jp/inquiry/faq/mypage/system20002.html>



会員マイページ
専用アプリの
ご案内

本会では、会員マイページ専用アプリを提供しています。専用アプリでは、マイページへのオートログインやQRコード読取機能による研修会参加受付が可能になるほか、協会・士会からのお知らせがプッシュ通知で受信できます。ぜひ、アプリをダウンロードのうえ、ご活用ください。



<https://www.japanpt.or.jp/pt/announcement/newssystem/>

年会割引制度について

本会では、「育児休業」・「シニア」・「海外会員」について年会費の割引制度を設けております。本会ホームページにて申請条件をご確認のうえ、対象となる方はマイページからお手続きください。
※申請された翌年度の年会費に割引が適用されます。(～2/20まで)



理学療法士の方向けサイト > 協会からのお知らせ > 各種手続き > 年会費割引制度申請

<https://www.japanpt.or.jp/pt/announcement/member/06/>

クラブオフ 今回のおすすめ!

毎日の食事もお得に松屋 定番の牛めし類
(店内、お持ち帰り共通)

50円OFF

※対象商品限定
※他の割引との併用不可



みんなの食卓でありたい。

ご利用の際には、「日本理学療法士協会 クラブオフ」へ登録・ログインください。
◎その他サービスの詳細はWebで検索

理学療法士 クラブオフ 検索

協会運営に関するご案内

●2026年5月9日(土)に2025年度期末監査、5月10日(日)に2026年度第2回理事会が開催され、6月6日(土)・7日(日)には第55回定時総会が開催されました。理事会抄録については、会員限定コンテンツよりご覧ください。



会員限定コンテンツ > 協会運営・資料一覧 > 総会・理事会等資料 <https://www.japanpt.or.jp/privilege/management/minutes/#title02>

●今後の予定

・2026年7月4日(土):第3回理事会 ・2026年8月1日(土):学会運営協議会、第2回理事懇談会

異動申請について

所属施設・自宅住所等の会員登録内容の変更は、本会ホームページの手続案内をご確認のうえ、マイページからお手続きください。

※施設情報の変更は、施設会員代表者または施設会員代表者代理に割り当てられた方が行ってください

(【マイページ】▶【登録内容の変更・確認】▶【施設情報管理】)

※海外会員に登録される場合は、会費の支払い方法について確認させていただきますので、事前に本会事務局へご連絡ください。

理学療法士の方向けサイト > 協会からのお知らせ >

各種手続き > 勤務先・自宅住所・氏名等の変更

<https://www.japanpt.or.jp/pt/announcement/member/01/>



休会・復会・退会申請について

会員区分の変更は、本会ホームページにて各種手続きをご確認のうえ、マイページからお手続きください。

※休会を継続する場合、1年ごとの申請が必要です。手続きがない場合は規定により退会となります。
※退会後、生涯学習履歴・取得資格は無効となります。また、納入済みの当年度年会費はご返金いたしかねます。
※2027年度の休会申請より、運用を変更いたします。詳細は、「休会制度の運用変更について」をご確認ください。
休会中、退会後は、以下の権利が停止となります。

理学療法士の方向けサイト > 協会からのお知らせ > 各種手続き > 休会申請 > 休会制度の運用変更について
<https://www.japanpt.or.jp/pt/announcement/member/02/#a4>

■各種研修会・学会等への会員登録での参加 (非会員理学療法士と同様の対応となります)
■各種学会への無料での演題登録
■会報誌「JPTA NEWS」の発送
■福利厚生サービス「クラブオフ」の利用など
■役員候補者選挙および代議員選挙の選挙権、被選挙権
■理学療法士賠償責任保険への加入(全員加入・任意加入)

理学療法士の方向けサイト > 協会からのお知らせ > 各種手続き

<https://www.japanpt.or.jp/pt/announcement/member/>



※Web環境がない場合、手続きについては本会事務局(TEL:03-6804-1421)へお問い合わせください。

\ HOT TOPICS /

研修会開催のお知らせ

◆2026年度がんのリハビリテーション研修について
(第2期申込受付) 2026年8月1日(土)~8月15日(土)
(第2期受講期間)
eラーニング視聴期間:2026年10月1日(木)~2026年11月30日(月)
(グループワーク)1回目:2026年12月12日(土) 2回目:2026年12月20日(日)

[理学療法士向けトップページ](#) > [講習会・研修会](#) >

[がんのリハビリテーション研修会](#)

<https://www.japanpt.or.jp/pt/seminar/browse/05/>



◆2026年度協会主催症例検討会について
(開催日程)2026年8月23日(日)10:00-17:00
(開催テーマ)後期研修E-1~E-3 各3症例
(開催方法)オンライン(生中継)※Zoomウェビナーでの開催
(申込方法)マイページ(セミナー番号:160335)
(申込締切)7月30日(木)23時59分まで

[理学療法士向けトップページ](#) > [生涯学習](#) >

[生涯学習制度について](#) > [後期研修について](#)

<https://www.japanpt.or.jp/pt/lifelonglearning/new/kouki/#a7>



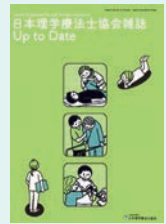
日本理学療法士協会雑誌 Up to Date 発刊のお知らせ

【第4巻第2号発刊!】

今号の特集記事は「バラスポーツ」です。5月20日(水)に発刊しました。

【協会雑誌 問題解答について】

全問正解で登録理学療法士の更新ポイントが付与されます。



第4巻第2号の問題のカリキュラムコード 91
障がい者スポーツ分野における理学療法

解答期限は2026年8月19日(水)まで
※会報誌「JPTA NEWS」の問題回答(14ページ掲載)とは別のものです。
雑誌は本会のマイページから閲覧ください。

[マイページ](#) > [会員限定コンテンツ](#) > [生涯学習支援](#) >

[日本理学療法士協会雑誌 Up to Date](#)

<https://www.japanpt.or.jp/privilege/lifelonglearning/uptodate/>



厚生労働省にリハビリテーション 統括調整室が新設

2026年5月、厚生労働省にて省内の関係部局が連携し、分野横断的にリハビリテーション政策を進めるため、「リハビリテーション統括調整室」が新設されました。

5月21日には室長らが本会へ来館され、分野横断の全体像を描き、リハビリテーションの適切な位置づけを整理したいこと、また3療法の専門職団体と継続的な意見交換の場を設定し、必要に応じて積極的なやり取りをしたいと力強く意気込みをお話されました。

[理学療法士向けトップページ](#) > [最新情報](#) >

[厚生労働省に新設 リハビリテーション統括調整室 室長らご来館](#)

https://www.japanpt.or.jp/info/20260521_988.html



7月17日は理学療法の日! 広報活動にご協力をお願いします

2026年度理学療法の日ポスターが完成しました。今年はなんと、「ひろみちお兄さん」こと、佐藤弘道さんにご出演いただきました! 施設会員代表者のJPTA NEWS 6月号(本号)に同梱していますので、施設での掲示にご協力をお願いいたします。

都道府県理学療法士会ごとに開催される各種イベントの情報は、理学療法の日特設サイトに随時掲載しています。そちらもぜひ、ご覧ください。

●理学療法の日 特設サイト

<https://www.japanpt.or.jp/rigakuryohonohi/>



✓ CHECK / 2026年度の認定理学療法士および専門理学療法士新規申請の受付期間は、8月3日(月)~8月31日(月)です。



[理学療法士の方向けトップページ](#) > [生涯学習](#) > [生涯学習制度について](#) > [認定・専門理学療法士制度について](#)

<https://www.japanpt.or.jp/pt/lifelonglearning/new/certif-specialized/>



マイページ(会員限定コンテンツ)へのアクセスはこちらから

※会報誌/バックナンバーもご覧いただけます。
※紙媒体の会報誌が届いていない方はHPお問合せよりご連絡ください。

[会員限定コンテンツ](#) > [JPTA-Topics](#) > [バックナンバー](#)

<https://www.japanpt.or.jp/privilege/topics/backnumber/>



公益社団法人
日本理学療法士協会
Japanese Physical Therapy Association



HP



公式X



公式Facebook



公式Instagram

公益社団法人 日本理学療法士協会 会報誌 号数:No.361
発行日:2026年6月22日
発行人:公益社団法人 日本理学療法士協会
〒106-0032 東京都港区六本木七丁目11番10号
TEL:03-5843-1747 FAX:03-5843-1748 代表:斉藤秀之
編集:日本理学療法士協会 事務局
本会HP:<https://www.japanpt.or.jp>

HPやSNSで日々情報発信中!ぜひフォローをお願いします!