



# 全日病 NEWS

## 2026.3.1

### No.1096

ALL JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION <https://www.ajha.or.jp> / [mail:ajhainfo-mail@ajha.or.jp](mailto:ajhainfo-mail@ajha.or.jp)

## 2026年度改定、「期待感も二次救急への影響は不透明」

日医・四病協会見 全日病・猪口副会長「急性期拠点にはかなり厚い」



全日本病院協会 副会長  
猪口 正孝

全日病の猪口正孝副会長は2月13日、「中医協総会」(小塩隆士会長)が2026年度の診療報酬改定で新設する点数など個別項目の内容を含む厚生労働大臣への答申をまとめた直後、日本医師会・四病院団体協議会の合同記者会見に出席し「民間病院中心の協会であり7割の病院が赤字で苦しんでいるという非常に厳しい状況だ」と前置きした上で、「かなり期待しているが、民間の中小病院、特に二次救急レベルの病院にどのくらいの影響が出るのかはこれからシミュレーションをしなければならない」と述べ、慎重に判断したいとの考えを示した。「(新たな地域医療構想で)急性期拠点機能になるような大きな病院にはかなり厚く(点数が)付いていることは非常によく分かる」との認識も示した。

猪口副会長は同日の会見に、神野正博会長の代理で出席した。

### ICT等の活用による人員基準の緩和「これまでと違う視点で歓迎する」

また猪口副会長は、今回の改定でICTなどの活用や多職種協働を前提に人員配置基準の緩和を認める点数が出てきていると指摘し、「ICTやAIの活用促進というだけでなく、これまでの診療報酬体系とは違う視点が入ってきたなと思って歓迎している」と評価。「非常に感謝している」とも述べた。

人員配置基準を事実上、緩和する見直しの意義については、「診療報酬の多くはストラクチャーに基づいた評価だが、人数だけではなく機能を上げていけば人員制限に関しては緩みを持って考えようという出だしになったのではないか」との見方を示した。

今後の検討についての注文として「この辺の費用に関しては診療報酬の中で必ずしもあてがわれているわけではないので、この辺の部分も考慮して

いただけるとすごくありがたい」とも述べた。

2026年度改定では、「ICT等の活用による看護業務効率化・負担軽減」(3面参照)のほか、生成AIやRPAなどを活用する場合に医師事務作業補助者1人当たりの換算を1.3人とする「医師事務作業補助者体制加算の見直し」(3面参照)、「看護・多職種協働加算の新設」(2面参照)など、人員配置基準を一定の条件下で緩和する見直しが含まれている。



日本医師会 会長  
松本 吉郎

### 日医・松本会長「軌道修正も視野」救急搬送件数の要件化で

日本医師会の松本吉郎会長は、今回の改定に関する注目点の1つとして「救急搬送件数がさまざまな項目において評価対象となっていることが特徴的」と指摘。「三次救急病院に救急対応が集中すれば、二次救急を支える地域の中小病院が機能なくなってしまう」との認識を示し、「そのようなことになれば、地域の医療提供体制が大きく崩れることになる。厚労省にはしっかりと検証していただき、場合によっては軌道修正を図る対応を求めるとの考えを示した[今回の改定では、「急性期病院A一般入院基本料」や「同B」の要件として、救急搬送や全身麻酔手術の件数が求められている(2面参照)]」。

また松本会長は、診療報酬の配分に関しても言及し「今回改定での物件費上げの対応は、病院に重点を置きつつ、診療所に対しても評価されたものと考えている」との認識を示すとともに、「地域の医療は病院だけでは成り立たない。病院と診療所がお互いに役割分担・連携し、地域を一体的に面として支えている。評価の仕方に差はあっても病院、診療所ともに配慮が必要」との考えも強調した。



日本医療法人協会 副会長  
太田 圭洋

### 中医協委員の医法協・太田副会長 医療費の国民負担「実質減少」

中医協委員を務める日本医療法人協会の太田圭洋副会長は、急激なインフレ下で診療報酬の水準が賃金・物価の各指標を下回っていることなどから、実質的には国民の医療費負担が減少していると指摘。会見に参加したメディアに対し、「今回の中医協答申に関しては、ただ自己負担額の増加だけを安易に報道するのではなく、現在の医療機関の置かれている状況や医療費の水準をどう考えるかなど、国民の方々が今後の医療を考えていくことができるよう、より深く踏み込んで上手に伝えていただきたい」と求めた。

太田副会長は、「2024年度の概算医療費が1.5%増加し、過去最高を更新したと報道があった」と振り返り、「事実だが、物価が3%程度上昇、名目GDPも同水準で上昇している環境の中で、医療費1.5%の増加は、国民負担が実質減少していることを意味する」と解説。2026年度改定の本体改定率「3.09%」も、薬価改定のマイナス0.87%を含むネット改定率が2026年度は1.54%増、2027年度は1.36%増に過ぎないと指摘し、「結果、医療費の対GDP比は、医療費の自然増分を考慮しても、横ばいか、緩やかに低下していく予想だ」と説明した。

その上で、「この水準の医療費設定の中で、全国の病院はこれから2年間、医療を提供する。足元の経営が悪化している中で、決して医療機関にとって良好な経営環境ではない」と強調。2040年を見据えた「新たな地域医療構想」の策定や達成に向けた取り組みなど、困難な道のりが待っているとも指摘し、「給付と負担のバランスを含む医療のあり方について議論すべき時期」と主張した。



日本病院会 副会長  
岡 俊明

### 日病・岡副会長 救急車=利益率悪化、の改善に期待

日本病院会の岡俊明副会長は、今回の改定で新設する「急性期病院A一般入院料」や「同B」により、救急搬送を多く受け入れる病院の利益率改善に期待感を示した。「救急車受け入れ件数や全身麻酔手術件数を考慮したこの新たな点数で、非常に高い評価をしていただいた」との認識を示し、「救急車を受け入れることによって利益率が悪化するという現象の改善を期待したい」と述べ、効果や影響について検証する方針を示した。



日本精神科病院協会 副会長  
平川 淳一

### 日精協・平川副会長 地域密着型の多機能体制加算を評価

日本精神科病院協会の平川淳一副会長は、今回改定で新設となる「精神科地域密着型多機能体制加算」に言及。精神科病院のダウンサイジングや外来医療、障害福祉サービスなどの提供を評価する内容について「1つの希望ができたと思う」と述べた。「一般病院においても小規模病院の問題があると認識しており、参考になる手法ではないか」との見方も示した。

### 本号の紙面から

急性期病院一般入院料を新設	2面
重症度、医療・看護必要度	3面
2026年度改定の主な内容(1)	4面
2026年度改定の主な内容(2)	5面
2028年度の診療報酬改定へ	6面
外来医師過多区域の新規開業	7面
「地域フォーミュラ」を推進	8面

## 清話抄

### 2030年の大航海時代を乗り越えるための努力

日本の医療は今、未曾有の「大航海」の真っ只中にあります。目前に迫る「2030年問題」という荒波が、特に85歳以上の超高齢者による救急需要の急増という形で、私たちの進路を阻んでいます。さらに現場では、働き方改革への対応、深刻な医療人材不足、そし

て高い離職率という三重の逆風が吹き荒れ、持続可能な医療提供体制そのものが大きく揺らいでいます。

こうした時勢の荒波を乗り越えるための羅針盤となるのが、生成AIやオンライン診療を駆使した医療DXによる業務効率化です。加えて、限られたリソースを最適化し、ヘルスケアの重要性を地域に浸透させることで、病気に陥らないようにする取り組みも不可欠です。そして、自院の医療・病床機能を定期的に検証し、診療報酬との整合性を図ることは、来るべきに備えた変化に他なりません。

当院のような地域包括ケア病棟を中心とした地域密着型病院がなければ地域医療は守れません。そして、地域なくして病院も存続しえません。

今後、より一層求められるのは、院内職員の緊密な連携、官民公を超えた協働、そして関係者全体の行動変容と合意形成です。

今年は午年です。昨年末、崩壊寸前の名門牧場を舞台に、生産者、馬主、調教師、メディア、そして生産馬たちが、数々の挫折を味わいながらも共に宿命に立ち向かい、20年の歳月をかけて絆を紡ぎ直したTVドラマが放映さ

れていました。私も病院経営に携わる者として、この困難な航海の先に、地域という名の「ファミリー」が共に笑顔で迎えられる未来を実現するため、そして努力が必ず報われる社会を築くため、全力でゴールを目指してまいります。

最後に王貞治氏の格言を紹介いたします。

努力は必ず報われる。もし報われない努力があるのならば、それは努力と呼べない

(高橋大賀)

# 主張

## 医療現場の人手不足対策に王道は無い

医療に係わる様々な職種において人手不足が深刻化している。この問題の抜本的な解決策を模索するには、原因を究明し、その対策を実践すれば良い筈だが、余りにもそれらが多岐に亘り、且つ絡み合っている為に、とても一筋縄では行かない。そもそも需要と供給のアンバランスが常在化していたところに、少子・超高齢化でこれが増幅し、厳しい労働環境(夜勤・長時間)に加え、医療の高度化への対応(研鑽・負担増)が求められ、しかもこれらに見合った

処遇やインセンティブは欠落、等々では、「エッセンシャルワーカー」等と都合の良い時だけ持ち上げられても、「使命感」だけでは長続きもしないし志望者も増えない。

この問題の解決のために多くの医療機関で様々な取組がなされている様だが、どれも1つや2つだけでは解決には繋がらない。頑張った者が報われる適正な人事考課システム(研鑽・スキルアップへの評価も含む)、福利厚生

の充実、業務効率化(IT・DX)推進、タスクシフト・シェアの実践一等々により、優秀・優良な人材が留まり、育成されていけば、受療者・各職種・医療機関にとって、正に『三方良し』となる筈だがそうは問屋が卸さない。

そもそも医療機関自体にはこれだけの事を全て実践する原資が残っていないし、これらの費用を産出するだけの診療報酬体系でもない。「働き方改革」の進展で明らかに人件費は増加したが、加えて近年は人材紹介業の林立(暗躍と言っても良い?)で、人材不足の更なる深刻化と膨大な紹介料が重くのしかかって、経営を圧迫している。

他産業と異なり「消費税」を転嫁できない病院医療ではその高額な負担に

加え、もろもろの物価高騰と円安の二重苦は、多くの医療機関が赤字転落した要因でもある。

どの様にすれば有効な「人手不足対策」を実施できるか、明確な指標は無いとしか言えない。個々の会員病院が置かれている状況は異なり、当該地域での地域医療構想から「求められる医療」は当然異なるので、実態に合わせ自院での優先順位を付けて取組むしかなく「王道は無い」。だが、何もしなければ「転落」か「撤退」か、厳しい現実が控えている。

(N. Y.)

# 「急性期病院一般入院料」を新設、「A」は1930点

## 2026年度診療報酬改定答申 「B」は1643点、ケアミックスに否定的

2026年度の診療報酬改定では、救急搬送の受入れや全身麻酔手術など地域で病院が果たしている急性期機能に着目した点数として「急性期病院一般入院料」を新設する。どちらもデータ提出加算の届出施設が対象。区分は2種類で、看護職配置が7対1の「急性期病院A一般入院料」(1930点)と同10対1の「同B」(1643点)となっている。地域包括医療病棟の届出を「不可」としているのも特徴。経過措置が鍵になる。

2月13日、中医協総会が2026年度の診療報酬改定に関する厚生労働大臣への答申を提出し、確定した。

### 急性期医療の実績が必須

「急性期病院A一般入院料」の平均在院日数は「16日以内」で、急性期医療の実績として、①救急用の自動車または救急医療用ヘリコプターによる搬送が年間2000件以上②全身麻酔手術が1200件以上一の2点を求める。

このほか、以下のいずれかの体制を有する保険医療機関であることも必須。

- 入院を要する救急医療体制
- 救命救急センターもしくは高度救命救急センター
- 総合周産期母子医療センター
- 24時間救急患者を受け入れている

「同B」の平均在院日数は「21日以内」(新設の看護・多職種協働加算を算定する場合は16日以内)で、二次救急の医療機関が救急病院が対象。急性期医療の実績としては、◇救急搬送件数が年間1,500件以上◇救急搬送件数が年間500件以上で、かつ全身麻酔による手術件数が年間500件以上◇人口20万人未満の二次医療圏において救急搬送件数が最大の医療機関で、かつ年間1,000件以上◇離島からなる二次医療圏において、救急搬送件数が最大の医療機関一のいずれかを求める。

### ケアミックスに否定的、地域包括医療病棟の届出が不可

新設の入院料として特徴的なのは、他の入院基本料との届出を不可としたことがあげられる。「急性期病院A一般入院料」は、地域包括医療病棟と地域包括ケア病棟(地域包括ケア入院医療管理料を含む)の届出を禁止する。「同B」では、地域包括医療病棟の届出のみを不可とする。

また、どちらの点数でも、経験豊富な看護師の配置について努力義務の形で求める。看護師長または同等以上の職に従事した経験が5年以上あり、所定の研修の修了した看護師を想定している。

### 病院の機能に係る主な施設基準

入院料の区分	看護職配置	平均在院日数	実績	急性期対応の体制	ケアミックスの禁止	その他
急性期病院A一般入院料	7対1	16日以内	以下のどちらも満たす。 ①救急搬送件数 年間2000件以上 ②全身麻酔手術件数 年間1200件以上	●(二次)救急医療体制 or (高度)救命救急センターの設置 or 総合周産期母子医療センターの設置 or 24時間体制で救急患者の受入れ	以下の届出は不可。 ●地域包括医療病棟 ●地域包括ケア病棟入院料 (地域包括ケア入院医療管理料を含む)	●画像診断及び検査を24時間実施できる体制を確保している ●看護師長または同等以上の職に従事した経験を5年以上有し、所定の研修を修了した看護師の配置が望ましい。
同B	10対1	21日以内	以下のいずれかを満たす。 ●救急搬送件数が年間で1,500件以上 ●救急搬送件数が年間で500件以上で、かつ、全身麻酔による手術件数が年間で500件以上 ●人口20万人未満の二次医療圏において、救急搬送件数が最大の医療機関で、かつ年間1,000件以上 ●離島からなる二次医療圏において、救急搬送件数が最大の医療機関	●救急医療体制 or 救急病院	地域包括医療病棟の届け出は不可	●救急搬送件数のうち、夜間時間帯(22時~翌朝8時)に受け入れた救急搬送件数が1割以上あること。 ●看護師長又は同等以上の職に従事した経験を5年以上有し、所定の研修を修了した看護師の配置が望ましい。

厚生省の説明に基づき全日病ニュース編集部で作成・編集

# 看護職員を含む25対1を評価「看護・多職種加算」

## 2026年度改定答申 「急性期一般入院料4」と「急性期病院B一般入院料」で

厚生労働省は、患者像に合わせた専門的な治療やケアを提供し、患者のADL維持・向上を図る取組みなどを推進するため、「重症度、医療・看護必要度」が高い高齢者が主に入棟する病棟における、看護職員と多職種の協働を評価する新たな点数「看護・多職種協働加算」を新設する。入院基本料の看護職配置「10対1」に加え、看護職を含む多職種による「25対1」体制・取組みを評価する。

対象患者は、「看護職員を含む多職種が協働して専門的な観点から適切かつ適切に専門的な指導及び診療の補助を行う体制を整備している」旨を届け出ている病棟に入院している患者。「急性期一般入院料4」を算定する患者は

「看護・多職種協働加算1」(277点)、新設点数である「急性期病院B一般入院料」を算定する患者は「同2」(255点)とする。

「25対1」に含む多職種は、◇理学療法士◇作業療法士◇言語聴覚士◇管理栄養士◇臨床検査技士一となる見込み。

### 「重症度、医療・看護必要度」 「I」か「II」の基準に該当を

「重症度、医療・看護必要度」との関連については、以下のいずれかに該当するよう求める。

- 一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度I」の特に高い基準を満たす

患者の割合に係る指数が2割8分以上であり、かつ、一定程度高い基準を満たす患者の割合に係る指数が3割5分以上の病棟

- 診療内容に関するデータを適切に提出できる体制が整備された保険医療機関であって、一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度II」の特に高い基準を満たす患者の割合に係る指数が2割7分以上であり、かつ、一定程度高い基準を満たす患者の割合に係る指数が3割4分以上の病棟であること。

このほか、◇入院患者の平均在院日数が16日以内◇退院する患者に占める、自宅等に退院するものの割合が8割以

上◇常勤の医師の員数が、当該病棟の入院患者数に百分の十を乗じて得た数以上◇各医療職種が専門性に基づいて業務を行う体制が整備されている◇病院の医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されている一も求める。

### 急性期病院Bと組み合わせで1898点 急性期一般4との合計は1874点

厚生省は、同加算を算定する病棟では、「急性期一般入院料1」との比較で高い/同じ点数となるように設計。新設の「急性期病院B一般入院料」と組み合わせた場合は1898点となり、「急性期一般入院料1」(1874点)をわずかに上回る。「急性期一般入院料4」と合計では1874点となり、「急性期一般入院料1」と同じになる。

# 「急性期総合体制加算」を新設

## 2026年度改定答申 総合入院体制加算と急性期充実体制加算の統合が実現

厚生労働省は、2026年度の診療報酬改定で「総合入院体制加算」と「急性期

充実体制加算」を統合し、「急性期総合体制加算」を新設する。「急性期の治療

を要する精神疾患を有する患者等に対する入院診療を行うにつき必要な体制

及び実績を有していること」が必須。

区分は5つで、「1」の対象は「急性期病院A一般入院料」を算定する病棟を有する病院で、「急性期の治療を要する精神疾患を有する患者等に対する入院診療を行うにつき必要な体制及び実績を有していること」などを求める。

# 「重症度、医療・看護必要度」を見直し

## 2026年度改定答申 手術なし症例、などを適切に評価へ

厚生労働省は、2026年度の診療報酬改定で、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、「重症度、医療・看護必要度」による評価の方法を見直す。

主な内容は、以下の通り。

- 一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」におけるA項目「専門的な治療・処置」の項目のうち「抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)」とC項目の「救命等に係る内科的治療」、「別

に定める検査」及び「別に定める手術」について、対象となる治療などを追加

- 一般病棟用の基準該当割合に、対象病棟での病床当たり救急搬送受入件数などに応じた加算を追加
- B項目の測定対象日についても、「毎日測定するか、毎日測定しない場合には入院後4日間及び以降7日毎」とし、測定日以外の評価については直近の評価で代替可能とする。評価を拡充しつつ、手間を省く。

### 「救急患者応需係数」を算出し反映

救急搬送の受入に関しては、下記の手順で「救急患者応需係数」を算出して反映する。

- ①「病床当たり年間救急搬送受入件数」を算出する：  
直近1年間の救急搬送受入件数(全救急搬送受入件数)に、「直近1年間における救急搬送により当該保険医療機関に入院した患者(救急患者応需係数の算出対象となる病棟に入院

した患者に限る)のうち、当該入院基本料を算定するものとして届け出た病床に入院した患者の割合を乗じて得た数」を、「当該入院基本料を算定するものとして届け出た病床数」で除して得た数

- ②救急患者応需係数を算出する：  
「病床当たり年間救急搬送受入件数」に、「0.005」を乗じて算出。上限は1割。

# 地域包括医療病棟は点数の引き上げと細分化

## 2026年度改定答申 最高で「3367点」

厚生労働省は、2026年度の診療報酬改定で地域包括医療病棟入院料について、一般病棟入院基本料の有無に応じて2区分を設けた上で、予定入院か緊急入院かなどの入院形態や手術の実施状況に応じて異なる入院料を設定し全6区分へと変更する。さらに、最も低い点数でも既存の「3050点」をわずかに上回る「3066点」とし、最高で「3367点」を算定できるようにする。

また、高齢者の中等症までの救急疾患など幅広い受け入れを推進する観点で、高齢者の生理学的特徴や頻度の高い疾患への対応需要も踏まえ、◇平均在院日数◇ADL低下割合◇重症度、医療・看護必要度の基準一も見直す。

一般病棟入院基本料を算定している病棟がない場合に、最も高い点数が設定されている「地域包括医療病棟入院

料1」を算定する。一般病棟入院基本料を算定している病棟がある場合は「同2」とする。

区分はそれぞれ「入院料1～3(イロハ)」と共通。「イ 入院料1」については、「緊急入院の患者であって、入院時の主傷病に対して入院中に手術(医科点数表の第二章第十部第一節に掲げるものに限る。以下この項において同じ。)を実施しないもの」とする。

「ロ 入院料2」については、「緊急入院の患者であって入院時の主傷病に対して入院中に手術を実施するもの及び予定された入院の患者であって入院中に手術を実施しないもの」が対象。

「ハ 入院料3」は、予定された入院の患者に、入院時の主傷病で手術を実施する場合に算定する。

### 「重症度、医療・看護必要度」など85歳以上の患者で基準を緩和

平均在院日数と退院時のADLが低下したものの割合について、85歳以上の患者の割合に応じて基準を緩和する。また、誤嚥性肺炎や尿路感染症など高齢者で頻度の高い疾患の特徴を踏まえ、「重症度、医療・看護必要度の基準」も見直す。

平均在院日数も現行が「21日以内」となっているところ、「二十日以内を原則として、八十五歳以上の患者の割合が二割を増すごとに一を加えた日数以内」へと緩和する。

### 地域包括医療病棟用に新設

「リハ・栄養・口腔連携加算2」リハビリテーション、栄養管理、口腔管理の一体的な取組をさらに推進す

る観点から、地域包括医療病棟で算定できる「リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算2」を新設する。点数は「50点」で14日間を限度として算定する。

「同1」と異なる要件は、◇休日リハ実施割合「7割以上」◇ADL低下割合「5%未満」一の2点だ。

#### 【地域包括医療病棟入院料】

地域包括医療病棟入院料1	
イ 入院料1	3367点
ロ 入院料2	3267点
ハ 入院料3	3117点

地域包括医療病棟入院料2	
イ 入院料1	3316点
ロ 入院料2	3216点
ハ 入院料3	3066点

# 「救急患者連携搬送料」を見直し、連携を促進

## 2026年度改定答申 搬送先医療機関での評価も新設

厚生労働省は、2026年度の診療報酬改定で、高次医療を担う救急医療機関と他の医療機関との連携を強化し、救急患者の適切な転院・搬送の実施や受け入れをさらに推進する観点から、「救急患者連携搬送料」の要件及び評価を見直す。救急外来での初期診療後に連携する他の医療機関で入院医療を提供することが適当と判断された救急患者については、入院前に搬送を行う場合の評価を引き上げ、自院の救急自動車以外を活用して搬送する場合についても評価の対象とする(図表)。

### 「長時間加算」も新設

搬送先医療機関への搬送時間が長時間となる場合を評価する「長時間加算」(700点)も新設する。円滑な転院搬送

を推進する観点から、医師、看護師または救急救命士が同乗して30分超の長時間わたって搬送する場合の評価。

### 搬送先医療機関における連携体制「800点」が「200点」で評価

搬送先医療機関における連携体制の確保や患者の受け入れをさらに推進する観点から、搬送先医療機関で入院医療を行うことについての評価として「救急患者連携搬送料2」を新たに設ける。

「同2」の「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)は、他の医療機関で「救急患者連携搬送料1」の「ロ」を算定した患者に、自院の医師や看護師、救急救命士が同乗して自院へ搬送し入院させた

場合、入院初日に限り算定できる。

「同2」の「ロ その他の場合」は、他の医療機関で「同1」を算定した患

者を入院させた場合に、入院初日に限り算定できる。

#### 【救急患者連携搬送料】

現行		改定後	
		救急患者連携搬送料1	
1 入院中の患者以外の患者の場合	新設	イ 医師、看護師または救急救命士が同乗して搬送する場合	
2 入院初日の患者の場合	1200点	1 入院中の患者以外の患者の場合	2400点
3 入院2日目の患者の場合	800点	2 入院初日の患者の場合	1200点
4 入院3日目の患者の場合	600点	3 入院2日目の患者の場合	800点
		ロ その他の場合	
		1 入院中の患者以外の患者の場合	1000点
		2 入院初日の患者の場合	500点
		3 入院2日目の患者の場合	350点
		4 入院3日目の患者の場合	200点

# ICT、AI、IoT等の利活用推進

## 2026年度改定答申 看護業務効率化・負担軽減などに着手

厚生労働省は、2026年度の診療報酬改定で、ICTやAI、IoTなどの技術を活用して看護業務の効率化・負担軽減に取り組む医療機関を後押しする。

### 人員配置基準の部分的緩和

ICT機器などの活用で看護業務を軽減した上で、適切に患者を看護できる体制を整えている場合に、看護職員に対する看護師の比率などについて「1割以内の範囲の減少」である場合は、入院基本料などの基準を満たすものと

してみなし、所定点数を算定できるよう見直す。具体的には、看護業務の効率化や負担軽減を推進する観点で◇見守り◇記録◇医療従事者間の情報共有一に関して業務効率化に有用な機器やシステムを全て導入した場合に認める。

「見守り」では、病室に設置されたカメラなどから送信された映像や病床に設置されたセンサーなど。「記録」に関しては、音声入力による看護記録の作成や電子カルテの情報から自動的にサマリーを生成するなど、看護記録の

作成を効率化する機器などをあげた。「医療従事者間の情報共有」については、業務中に手で持たなくても複数人と同時に通話できる機器や、病棟の看護職員と病院の医師が携帯リアルタイムに情報を共有できる端末など、直接対面せずにも多数で情報共有できるモバイル端末のチャット機能などを例示する。

### 医師事務作業補助体制加算を見直し

生成AI、音声入力システム、RPA、

説明動画を組織的に活用する場合、医師事務作業補助者「1人」を最大で「1.3人」として配置人数に算入することを認める。

### 「やむを得ない事情で不足」で届出不要「3か月を超えない期間」

また、看護職員の確保に尽力しているものの、やむを得ない事情が生じた場合は、「3か月を超えない期間」に限り、1割以内の変動であれば施設基準変更の届出を不要とする。

# 2026年度診療報酬改定、医科は8本柱

## 2026年度診療報酬改定の注目点 地ケアで約5万円の増収モデルなども

2026年度の診療報酬改定による個別項目の点数が確定し、大枠が決まった。今後は、3月上旬の公表を目指して厚生労働省が準備をしている告示や通知の内容で詳細が明らかになり、そしてそれに続く疑義解釈で算定する際の細かな運用面が明らかになる。

今回はまず、診療報酬改定における「目玉」として、社会保障審議会の医療部会と医療保険部会が定めた基本方針に沿って注目点数などを紹介する。柱は、以下の8つとなっている。

1. 賃上げ・物価対応
2. 急性期・高度急性期入院医療
3. 包括期・慢性期入院医療
4. 業務効率化・負担軽減等に向けた取り組み
5. 人口の少ない地域・医師偏在対策等
6. 外来医療の機能分化・強化等
7. 質の高い在宅医療・訪問看護の推進
8. 重点的な対応が求められる分野

「賃上げ・物価対応」における主な項目は、①賃上げに向けた評価②物価対応に向けた評価③入院料等の見直し④入院時食事・光熱水費の基準となっている。

賃上げに向けた評価では、2026年度、2027年度とそれぞれ「+3.2%」(看護補助者・事務職員は5.7%)分の賃上げに向け、ベースアップ評価料を見直す。また、夜勤職員の確保を図るため、夜勤手当に充てることも可能とする。

外来・在宅ベースアップ評価料(I)  
初診時6点⇒ 17点  
入院ベースアップ評価料  
1点~250点

それぞれ2027年度は2倍となる予定だ。物価対応に向けた評価では「物価対応料」を新設する。

外来・在宅物価対応料初診時 2点  
入院物価対応料急性期一般入院料1 58点

こちらも同様に次年度は2倍を予定している。

③の「入院料等の見直し」では、「急性期一般入院料1」を「1688点」から「1874点」へ引き上げるなど、病院経営が厳しい環境に直面していることなどを踏まえた医療機関における賃上げ余力の回復・確保が狙いの点数引き上げが並ぶ。「地域包括ケア病棟入院料1」(40日以内)は「2838点」から「2955点」へと引き上げる。

④の「入院時食事・光熱水費の基準」は引き上げる。引き上げ幅は入院時の食費は40円、光熱・水道費で60円。

特定機能病棟の入院料を3区分に  
「急性期・高度急性期入院医療」の主な内容は、①急性期病棟一般入院基本料等の新設(2面参照)②特定機能病棟入院基本料の見直し③急性期総合体制加算の新設(2面参照)④特定集中治療室管理料等の見直し⑤多職種が病棟で協働する体制の評価(「看護・多職種協働加算」の新設、2面参照)一となっている。

特定機能病棟入院基本料の見直しでは、◇大学病院本院◇ナショナルセンター等◇その他で点数を分け、「2016~2146点」とする。

包括期の目玉として  
地ケアの加算等を見直し

3つ目の柱である「包括期・慢性期入院医療」は主な内容が①地域包括医療病棟の見直し(3面参照)②地域包括ケア病棟の見直し③回復期リハビリテーション病棟の見直し④療養病棟入院基本料の見直し⑤障害者施設入院基本料の見直し⑥質の高い包括期入院医療の評価の6項目。

②地域包括ケア病棟の見直しでは、在宅医療や2024年度の診療報酬・介護報酬改定で設けた「協力対象施設」への後方支援機能を高く評価する観点で、「在宅患者支援病床初期加算」の対象患者のうち、救急搬送された場合の評価対象を「緊急入院」に拡大し、点数を微増。緊急入院以外の場合の点数は引き下げる。

リハ・栄養・口腔の一体的管理をさらに推進する観点から「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」(30点、14日間)を新たに設ける。専任の管理栄養士1名の配置と療養士1名の専従を求める。ただし病棟内の入院管理料を算定する病床の専従者との兼務は認める。地ケア入院医療管理料の場合、病棟の「リハ栄養口腔体制加算」との兼務が可能。

入棟患者のうち「3日以内にリハを開始した患者が6割以上」で、「休日リハ実施割合」は「7割以上」を求める。ADL低下割合に関する要件は設けない。

厚生労働省の説明によると、在宅における病状急変時など、速やかな入院医療につなげ、急性疾患の治療だけでなく生活機能の維持と早期退院を目指した包括的な治療を提供するとの狙いがある。

る。入院症例の例示として、「86歳女性の尿路感染症」をあげ、下記の状態と仮定し28日間入院した場合は、改定後は5452点程度の増収が見込める計算になっているという(図表)。

### 【86歳女性の尿路感染症で地ケアに緊急入院した場合の状態例】

- 要介護2で在宅療養している86歳女性。自己負担1割。
- 3日前から発熱し、在宅で経口抗菌薬を投与されたが改善せず、食欲とADLが低下傾向となったため、在宅医療を提供している病院の地域包括ケア病棟へ緊急入院。
- 入院早期からリハビリテーション・栄養管理・口腔管理に関する評価を行い、多職種で介入計画を立てて一体的な管理を実施した。
- 点滴による抗菌薬投与を行い、入院5日目に解熱したものの、一時的に介助の必要性が増し、家族が退院後の生活に不安を覚えていたため、適切な栄養管理と生活機能の維持・回復をめざしたリハビリテーションを継続した。経過に合わせて、要介護認定区分の見直しの必要性や退院後の介護サービスについて検討した。
- 入院期間28日間で自宅退院し、入院前と同様の在宅療養を継続することができた。

おいしく、安全な食形態で適切な栄養量を有する「嚥下調整食」の提供で低栄養を予防することや、入院中の状態の変化を踏まえて、関係機関と連携しながら、生活に配慮した退院支援を受けて、早期かつ円滑に在宅復帰することができる設計になっているという。

### 【在宅患者支援病床初期加算】

現行	改定後
<b>【算定要件】</b>	<b>【算定要件】</b>
(1) 介護老人保健施設から入院した患者	(1) 介護老人保健施設から入院した患者
① 救急搬送された患者または救急患者連携搬送料を算定し他の医療機関から搬送された患者 580点	① 緊急入院した患者 590点
② ①の患者以外の患者の場合 480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、有料老人ホーム等または自宅から入院した患者	(2) 介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等または自宅から入院した患者
① 救急搬送された患者または救急患者連携搬送料を算定し他の医療機関から搬送された患者 480点	① 緊急入院した患者 490点
② ①の患者以外の患者の場合 380点	② ①の患者以外の患者の場合 310点

厚生労働省の説明に基づき全日病編集部が作成

### 【入院症例】86歳女性が尿路感染症で地ケアに緊急入院した場合

これまでの場合	改定後
地域包括ケア病棟入院料1(40日以内) 2838点×28日	地域包括ケア病棟入院料1(40日以内) 2955点×28日
<b>注加算</b>	<b>注加算</b>
在宅患者支援病床初期加算(自宅等からの救急搬送) 480点×14日	在宅患者支援病床初期加算(自宅等からの緊急入院) 490点×14日
看護補助者配置加算 160点×28日	看護補助者配置加算 160点×28日
<b>入退院支援加算1</b>	リハビリテーション・栄養・口腔連携加算 30点×14日
イ 一般病棟入院基本料等の場合 700点	<b>入退院支援加算1</b>
<b>入院ベースアップ評価料45</b> 45点×28日	□ 地域包括医療病棟・回復期リハ病棟・地ケア入院料の場合 1000点
<b>計9万2624点</b>	<b>入院ベースアップ評価料65</b> 65点×28日
<b>食費：690円×3食×27日 = 5万5890円</b>	<b>入院物価対応料</b>
(自己負担：240円×3食×27日 = 1万9440円)	地域包括ケア病棟入院料1(40日以内)の場合 27点×28日
	<b>計9万8076点</b>
	<b>食費：730円×3食×27日 = 5万9130円</b>
	<b>特別食加算(嚥下調整食)：76円×3食×27日 = 6156円</b>
	(自己負担：270円×3食×27日 = 2万1870円)

厚生労働省の説明に基づき全日病編集部が作成

# 人口の少ない地域への対応や、医師偏在対策も

## 2026年度診療報酬改定の注目点 「D to P with N」で新設点数、医療安全対策加算は引き上げ

(4面との連続構成)

### 【2026年度診療報酬改定の8本柱】

1. 賃上げ・物価対応
2. 急性期・高度急性期入院医療
3. 包括期・慢性期入院医療
4. 業務効率化・負担軽減等に向けた取り組み
5. 人口の少ない地域・医師偏在対策等
6. 外来医療の機能分化・強化等
7. 質の高い在宅医療・訪問看護の推進
8. 重点的な対応が求められる分野

「業務効率化・負担軽減等に向けた取り組み」は、①ICT等の活用による看護業務効率化・負担軽減②医師事務作業補助体制加算の見直し③やむを得ない事情で看護要員が不足する場合の3項目で構成。ICTやAIなどを活用して業務負担の軽減などに取り組んだ場合に人員配置基準の柔軟化を認めるとの内容。長く「ストラクチャー評価」が続いてきた診療報酬体系の中では画期的な一手と言えそうだが、病院にとっては機器の購入やシステム導入の際の費用負担との兼ね合いが大きな検討材料となりそうだ。

「人口の少ない地域・医師偏在対策等」では、①人口少数地域での医療提供機能を確保する評価の新設②診療科偏在対策の推進③人口・医療資源の少ない地域等におけるその他の対応一をあげている。

①の「人口少数地域での医療提供機能を確保する評価の新設」では、人口少数地域の外来・在宅医療の確保を支援し、病状の急変などで緊急入院が必要な患者を受け入れる体制のある病院を評価するための加算を新設する。

医療提供機能連携確保加算(入院初日)  
600点

当該病院が情報通信機器を用いて医学管理を行なった場合の評価も新設。

医療提供機能連携確保加算(月1回)  
50点

②「診療科偏在対策の推進」では、若手医師が減少し、医療提供体制の確保が必要とされている消化器外科などの診療科について、当該診療科の医師を対象に勤務環境・処遇改善等を行う取り組みを評価する加算を設ける。

地域医療体制確保加算2(入院初日)  
720点

加えて、長時間の高難度手術を実施する体制を整備し、外科医の勤務環境・処遇の改善を図った上で手術を行う場合を評価する加算も設ける。

外科医療確保特別加算  
所定点数の100分の15

人口20万人未満の地域で要件緩和「急性期病院B一般入院料」など

③の「人口・医療資源の少ない地域等におけるその他の対応」では、人口20万人未満の地域において、「急性期拠点病院B一般入院料」や「急性期総合体制加算」の要件を緩和する。

また、へき地診療所において、在宅時総合医学管理料の常勤医師にかかる要件を緩和する。

医療資源の少ない地域においては、「地域包括診療加算・診療料」の「常勤

医師」にかかる要件も緩和する方針だ。

このほか、特別地域訪問看護加算の対象患者の範囲拡大や、「離島加算」の評価の引き上げも実施する。

### 地域包括診療加算など見直し

6本目の柱である「外来医療の機能分化・強化等」では、①外来機能分化の推進②診療所の生活習慣病管理料の見直し③地域包括診療加算等の見直し④時間外対応加算の見直し一をあげている。

①の「外来機能分化の推進」では、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を「20%」引き上げるとともに、「直近1年以内に12回以上再診を行った患者」を、新たに外来診療料の減算対象患者とする。また、特定機能病院などから紹介をうけて初診する診療所や200床未満の病院を評価する加算を新設する。

特定機能病院等紹介患者受入加算  
60点

さらに「連携強化診療情報提供料」に関して、紹介元・紹介先医療機関の範囲を拡大するとともに、他の医療機関と共同で継続的に治療管理を行う場合でも算定可能とするなど、医療機関が算定しやすくなるような工夫も施す。

②の「生活習慣病管理料の見直し」では、◇生活習慣病と関連の乏しい医学管理料等を包括外にする◇簡素化の観点から療養計画書の患者署名を不要とする一などの見直しを実施する。

③の「地域包括診療加算等の見直し」では、患者の範囲を拡大する。継続的かつ全人的な医療を推進する観点から、「慢性疾患を有する介護給付または予防給付を受けている要介護被保険者である患者」を追加する。

④の「時間外対応体制加算の見直し」は、名称変更と評価の引き上げ。

(現行)  
時間外対応加算1/2/3/4  
5/4/3/1点

(改定後)  
時間外対応体制加算1/2/3/4  
7/5/4/2点

在宅医療・訪看の推進

2026年度改定の7本目の柱である「質の高い在宅医療・訪問看護の推進」では、「在宅医療充実体制加算」(800点)の新設する一方、同一建物に居住する利用者への訪看に関する見直しに着手するなど、評価と適正化を実施する。質の高い訪問看護は、「機能強化型訪問看護管理療養費4」(9030円)を新設するなど、評価を充実させる。

盛り沢山の「重点的な対応」

最後8番目の柱である「重点的な対応が求められる分野は多種多様で、①救急医療②小児・周産期医療③精神医療④医療DX・オンライン診療⑤入院から外来への移行の評価⑥医療技術の適切な評価⑦患者にとって安全・安心に医療を受けられるための体制の評価⑧医薬品の適正使用等の推進一となっている。

救急搬送医学管理料など拡充

①の「救急医療」では、夜間休日救急搬送医学管理料を改定し、救急外来医療を24時間提供する体制の評価などを拡充する。

救急搬送医学管理料1  
800点

夜間休日救急医学管理料1  
600点

下り搬送の受入側を評価する観点で、「救急患者連携搬送料」において患者等搬送事業者等を活用した転院搬送や、下り搬送の受入側を評価する(3面参照)。

小児・周産期では、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を評価する点数として「産科管理加算(1日につき)」(250点、病院の場合)を作る。また、小児の成人移行期医療を小児科以外の診療科が実施した場合、難病外来指導管理料を算定可能とする。

③の精神医療では、多職種の協働による質の高い精神医療の提供を推進する観点から、看護職員、精神保健福祉士、作業療法士、公認心理士の協働を評価する加算を新たに設ける。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も新設する。

④の「医療DX・オンライン診療」では、医療DX関連施策の進捗などを踏まえて、「医療DX推進体制整備加算・医療情報取得加算」を廃止。マイナ保険証の利用、電子処方箋、電子カルテ共有サービス、サイバーセキュリティ対策などに関する新たな評価を新設する。

電子的診療情報連携体制整備加算  
初診時1/2/3  
15点/9点/4点

再診時  
2点

またオンライン診療の関連では、「D to P with N」の形式について、訪問看護と同時に実施できるようにするほか、訪問看護を同時に実施しなくとも患者に看護師らが訪問する場合の評価も新設。訪問した看護師などが検査・処置を実施する場合なども評価する。

訪問看護遠隔診療補助料(1日につき)  
265点

看護師等遠隔診療検査実施料イ/ロ  
100点/150点

看護師等遠隔診療注射実施料  
100点

看護師等遠隔診療処置実施料イ/ロ  
100点/150点

⑤の「入院から外来への移行の評価」では、「短期滞在手術等基本料3(4泊5日までの場合)」について、対象手術を加える。

短期滞入手術等基本料3  
(4泊5日までの場合)  
イムK872-3  
子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術  
組織切除回収システム利用によるもの  
16,876点

特に外来で実施率が高い手術については、評価を見直すとともに、外来での手術で一定の実績がある医療機関に限っては、入院での実施も評価する。入院で実施した場合は、病棟で算定されている入院料の種別によらず、「短期滞入手術等基本料3」を算定する。

⑥の「医療技術の適切な評価」では、中医協の医療技術評価分科会における

検討結果などを踏まえ、新規技術の保険導入と既取技術の再評価を行う。新規点数としては、「腹腔鏡下骨盤内臓全摘術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)」(168,110点)などを新設する。

ロボット手術については、医療機器の効率的な活用や高額医療機器の集約化を図る観点から、特定のロボット手術年間症例が200例以上である場合に評価する加算を新たに設ける。

移植手術に関して、臓器提供機会の確保や移植実施体制強化を推進する観点から、院内の認定ドナーコーディネーターによる同意取得や、臓器提供施設・臓器あっせん機関など、連携を評価する加算も設ける。

⑦「患者にとって安全・安心に医療を受けられるための体制の評価」では、厚労省の「医療事故調査制度等の医療安全に係る検討会」が取りまとめた方針に基づき医療法施行規則を改正することに伴い評価を充実させる。

医療安全対策加算1(入院初日)  
85点⇒160点

医療安全対策加算2(入院初日)  
30点⇒70点

また、発症早期からのリハビリテーションを推進するため、「早期リハビリテーション加算」の算定期間を「入院30日から14日まで」とし、「入院3日まで」をより高く評価。

また、切れ目のないリハビリ実施に向け土日・祝のリハビリ実施を評価する点数も新設する。

休日リハビリテーション加算  
(1単位につき)  
25点

入院、外来、在宅の視点で  
医薬品の適正使用を推進する見直し

⑧の「医薬品の適正使用等の推進」では、◇入院◇外来◇在宅の視点で新規点数などを設ける。

「入院」では、病棟薬剤師によるポリファーマシー対策や、施設間の薬剤情報連携に一定の実績がある場合を新たに評価する。

病棟薬剤業務実施加算1(週1回)  
120点⇒300点

「外来」については、処方情報共有により減薬が行われた場合を評価する。「地域包括診療科」の薬剤適正使用連携加算を、患者が入院した場合だけでなく外来通院中の他の医療機関に情報共有する場合にも算定できるようにする。

「在宅」に関しては、医師と薬剤師が同時訪問して指導した場合を評価する。

訪問診療薬剤師同時指導料  
(6月に1回)  
300点

残薬対策も強化。医療機関、薬局、訪看ステーションが連携した取組を推進する観点で、◇残薬確認の評価◇処方箋様式の見直し◇指定訪看の運営基準の明確化などを実施する方針だ。

# 2028年度の診療報酬改定へ、26項目を整理

## 中医協総会 2026年度診療報酬改定の答申附帯意見を決定

「中医協総会」(小塩隆士会長)は1月30日、2026年の診療報酬改定を巡るこれまでの議論を踏まえて厚生労働省がまとめた「答申附帯意見(案)」の内容を了承した。2026年度の診療報酬改定に直接影響はしないが、2028年度の次期診療報酬改定に向けて先鞭をつける。具体的な内容は計26項目となった。

### 診療報酬体系の複雑化

#### 「関係者にとって分かりやすく」

1番目の項目にあげたのは「全般的事項」で、診療報酬体系が複雑化していることに言及。「患者をはじめとする関係者にとって分かりやすい診療報酬体系となるよう検討する」と明記した。また、診療報酬の請求手続きの負担軽減を図るよう求め、「施設基準届出のオンライン化や共通算定モジュールの活用を進める」との方針を示した。

2、3番目の項目では「物価対応」と「賃上げ」について。物価対応に関しては、医療機関等の経営状況等を把握した上で、実際の経済・物価の動向を踏まえて必要な場合は、2027年度におけるさらなる対応を検討する。また、基本料や技術料を含めた今後の評価のあり方についても物価対応の観点で検討するとの考えも盛り込んだ。

4番目の項目は「病棟業務等の向上・効率化・タスクシフト/シェア」で、医療DXの観点を強調。2026年度改定で導入する看護職員と他の医療職種が協働して病棟業務を行う体制や、ICT、AI、IoTなどの活用による看護職員などの配置基準を柔軟化を認める点数設定、専従業務の柔軟化などについて、病床の種別ごとに影響を幅広く調査・検証する方針。職員の業務負担、医療の質、医療安全への影響、生産性向上、医療従事者の確保などの観点を重視する。

### 入院医療については計5項目

#### 「10対1」のあり方、検討に着手へ

5～9番目の項目に5つの項目を列挙したのは「入院医療」について。5番目の項目としてあげたのは2026年度改定で新設する「急性期病院A一般入院基本料」「同B」や、「総合入院体制加

算」と「急性期充実体制加算」を統合し新設する「急性期総合体制加算」について。「影響の調査・検証を行うとともに、病院や病床の機能に応じた急性期入院医療の適切な評価について、10対1急性期病棟の在り方も含め、引き続き検討する」との方針を明記し、「10対1」の検討に着手する旨を強調した。

6番目の項目は「特定集中治療室管理料」など高度急性期入院医療の関連。「重症度、医療・看護必要度」の項目や、SOFAスコアなど「入院患者のより適切な評価指標や測定方法等、病院や病室の機能に応じた入院料の評価の在り方等について、引き続き検討する」と明示した。

7番目の項目は、救急搬送に関する2026年度改定の影響について。「在宅療養を行う高齢者や介護保険施設入所者の救急搬送・緊急入院の受入れや高次医療機関への転院搬送の実態を把握する等、幅広く調査・検証を行う」と説明。その上で、検討事項として病院・病床の機能に応じた高齢者救急の受入れや三次救急医療機関の評価の在り方をあげ、「介護保険施設等の協力医療機関が果たす役割の観点」も重要視する考えを示した。

8番目の項目は、2040年を見据えて策定する「新たな地域医療構想」において初登場する「病床機能」である「包括期」の関連。2026年度改定において評価を見直す、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について影響を調査・検証しつつ、「リハビリテーション・栄養管理・口腔管理、円滑な入退院や早期の在宅復帰等、質の高い入院医療の実現に向けて、これらの病棟の適切な評価の在り方について、引き続き検討する」との考え。療養病棟など慢性期の入院医療についても言及し、「今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、在宅医療や介護保険施設等との役割分担や連携等の観点も踏まえ、評価の在り方を引き続き検討する」と記した。

9番目の項目として「DPC/PDPS及び短期滞在手術等基本料」に触れ、「医療の質の向上と標準化に向け、診療実

態を踏まえた更なる包括払いの在り方について引き続き検討する」との方針を示した。

10番目の項目にあげたのは「人口少数地域の医療・医師偏在対策」。人口構成の地域差や病院薬剤師を含む医療従事者の偏在などを踏まえた適切な評価の在り方について引き続き検討するとの方針。外来・在宅医療提供体制の確保のための支援に対する評価や、外科医療確保特別加算の新設など、2026年度の診療報酬改定で手当てする医師の地域偏在・診療科偏在対策の影響も調査・検証する。

### 外来医療については3項目

11～13番目の項目として「外来医療」については3点を記載した。

11番目の項目では外来機能分化の推進に言及。2026年度改定で見直す初診料・外来診療料における逆紹介割合に基づく減算規定や、連携強化診療情報提供料などについて調査・検証し、あり方を引き続き検討する。

12番目の項目は、診療ガイドラインに沿った質の高い計画的な医学管理が推進する観点。「生活習慣病管理料(I)」「同(II)」や特定疾患療養管理料などについて改定による影響を調査・検証する。

13番目の項目は、かかりつけ医機能について。「かかりつけ医機能報告制度」の施行状況等を踏まえ、評価の在り方を検討する。

### 在宅医療は2項目

在宅医療については14、15番目の項目で明示。地域における医療提供体制の実態等も踏まえつつ、◇往診◇訪問診療◇歯科訪問診療◇訪問薬剤管理指導◇訪問看護一などの適切な評価の在り方を引き続き検討する。また、2026年度改定において同一建物居住者への訪問看護の評価の見直しや、一連の訪問看護を1日あたりで包括的に評価する仕組みの新設などを踏まえ、指定訪問看護事業所の経営状況などを把握し、検証した上で評価の在り方について引き続き検討するとの方針も明記。精神

科訪問看護の利用者が増加傾向にある状況を踏まえ、利用者の状態や訪問看護の提供内容などについても検討すると付記した。

精神利用の関連では16番目の項目としても言及。2026年度改定で新設する「精神科地域密着多機能体制加算」の効果や影響などについて検証する。また、精神保健福祉法に基づく判断や手続きを伴うなど精神医療の特性を踏まえた地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価について引き続き検討するとの方針も示した。地域の重度な精神身体合併症患者を診療する役割を担う総合病院精神科の評価のあり方についても狙上に載せる。

電子処方箋や電子カルテ共有サービスなどの医療DX、オンライン診療(D to P with DやD to P with Nなど)については、改正医療法に基づくオンライン診療受診施設(全日病ニュース2月15日号参照)の活用状況などを踏まえ、適切な評価のあり方などを検討するとの方針。

18番目の項目として掲げた「医療技術の評価」では、◇リアルワールドデータの解析結果、臨床的位置付け、効果の有無に係るエビデンス等を踏まえ、体系的な分類に基づいて見直す医療技術を含め、適切な再評価を継続的に行う◇特定保険医療材料の不採算品再算定やシェアが分散している場合の対応を踏まえ、革新的な医療機器や検査などのイノベーションを含む先進的な医療技術についての適切な評価の在り方を検討する一の2本立て。市場実勢価格が償還価格を上回る機能区分が生じる要因も把握に努める。

### 調剤報酬・薬剤関連は6項目

20番目の項目以降では調剤報酬や処方箋、薬価制度など医薬品関連の内容を計6項目に分けて網羅。敷地内薬局の開設状況など、いわゆる門前薬局や医療モール薬局などに関して、2026年度改定の影響なども踏まえつつ、適切な医薬品提供拠点の在り方も含めて薬局ビジョンを踏まえた薬局・薬剤師の在り方について引き続き検討する。医薬分業の現状やポリファーマシー対策の観点を踏まえた処方箋の評価について引き続き検討する考え。

# 県レベルの団体も地域医療構想の調整会議に参加を

## 地域医療構想&医療計画検討会 全日病・猪口副会長が要望「県全体の連携も必要」

全日病の猪口正孝副会長は1月28日、構成員を務める厚生労働省の「地域医療構想及び医療計画等に関する検討会」(遠藤久夫座長)で、地域医療構想の達成を推進するために必要な事項について協議する「地域医療構想調整会議」(調整会議)について、県レベルの病院団体なども参加できるように体制作りを求めた。

### 病院団体が構成員の調整会議

#### 現状は「半数未滿」

構想区域ごとの調整会議に関する厚労省の調査(2025年3月時点、n=339)では、病院団体が構成員として参加していないのが149カ所(約44%)あった。県医師会では、参加していないのが247カ所(約73%)となっている。

猪口副会長は、「県医師会と病院団体の参加が全部でないことを心配している」と述べた上で、「県全体のバランスや連携も必要だと思うので、こうした県レベルの団体も参加した方がいい。できるだけ招聘した方がいいのではな

いか」と意見した。

### 住民などの関係者も可能な限り参画

#### 外来医療や在宅医療も議論で

2040年を見据えて策定する「新たな地域医療構想」では、構想区域単位の調整会議で将来の必要病床数を達成するための方策など地域医療構想の達成を推進するための協議を進め、都道府県単位でも調整会議を設置し、構想区域ごとの各調整会議の運用や議論の進捗、課題解決などについて協議するほか、構想区域を超えた広域での調整が必要な事項についても議題とするよう求める方向。

厚労省は同日の検討会で、調整会議における患者や住民の意見を反映する方法として、都道府県単位で設置する調整会議への住民参加を提案。各構想区域ごとにおける協議でも可能な限り参画できるよう「新たな地域医療構想」の策定に向けたガイドラインに盛り込むことを提案した。

構想区域ごとの調整会議に住民代表

や患者代表が参加していた構想区域は49カ所と15%程度にとどまる。

### 介護との連携も構想区域単位で検討

#### 療養病床数や介護施設の定員も把握

「新たな地域医療構想」では、「介護との連携」についても調整会議の議題となる。具体的な検討事項としては、「慢性期の医療需要に対する受け皿整備の検討(在宅医療、介護保険施設、療養病床)」と「患者の状態悪化防止や必要時の円滑な入院に向けた医療機関と介護施設等の具体的な連携」が柱となる見通し。

同日の検討会では厚労省が、協議に必要なデータを国が都道府県へ提供するための対応を検討してはどうかと提案。必要なデータ的具体例として、◇療養病床の病床数◇介護保険施設の定員数◇在宅医療の提供状況一を示した。その上で、「こうしたデータについて、都道府県で把握しているもの、データとして公開されているものだけでは、在宅医療の提供実態の把握に課題があ

る場合がある」との問題意識も示した。

### 85歳以上高齢者の救急搬送

#### 効率的かつ持続可能性確保が重要

加えて、2024年度の診療報酬・介護報酬改定で設けた「協力医療機関」に関して、「介護保険施設から医療機関へ連絡すべき入所者の状態等を事前に協議して決めておく」など、地域の医療資源に応じた具体的な取組が求められるとの考えを示した。

厚労省は、「介護保険施設・高齢者施設等の間のみならず、急性期医療を担っている病院を中心とした連携など、様々な類型が考えられる」と説明。救急搬送について、「今後85歳以上の高齢者の増加に伴い、更に件数が増加することが見込まれる中、効率的かつ持続可能な救急の維持のため、可能な限り日中の時間に外来を受診する等の取組も重要となる」との考えも示した。今後、「在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループ」で詳細を検討する方針だ。

# 3度目以降は指定期間を2年に、外来医師過多区域で

## 社保審・医療保険部会

## 新規開業に関する「登録省令」の改正を了承

昨年12月に成立した改正医療法に基づく医師偏在対策として、外来医師過多区域で新規開業を希望する医師が地域で不足する医療や医師が不足している地域での医療提供を拒否した場合、保険医療機関としての指定期間を段階的に短縮するとの方針が決まった。地域で不足している医療の提供や医師不

足地域での医療提供に関する都道府県の要請・勧告に従わなかった場合は、2度目の指定までは保険医療機関としての指定期間を3年とするが、3度目以降は指定期間を2年に縮める。通常は6年の指定期間が自動更新になるところ、手続き・審査の回数を増やす。2月12日、厚生労働省が「保険医療

機関及び保険薬局の指定並びに保険医及び保険薬剤師の登録に関する省令」(登録省令)を改正して対応する案を示し、社会保障審議会・医療保険部会(田辺国昭部会長)が了承した。4月1日の施行に合わせて準備を進める。改正医療法により、4月1日からは外来医師過多区域で新規開業を希望す

る場合、開業の6カ月前には提供する予定の医療機能を記載した事前届出が必要になる(図表)。

県は、開業希望者が不足する医療機能などを提供しない場合、協議の場への参加や説明などを求めることが可能。確認の結果、不足する医療機能などを提供しない理由がやむを得ない場合を除き、県は地域で不足する医療機能や医師不足地域での医療の提供を要請・勧告できる。

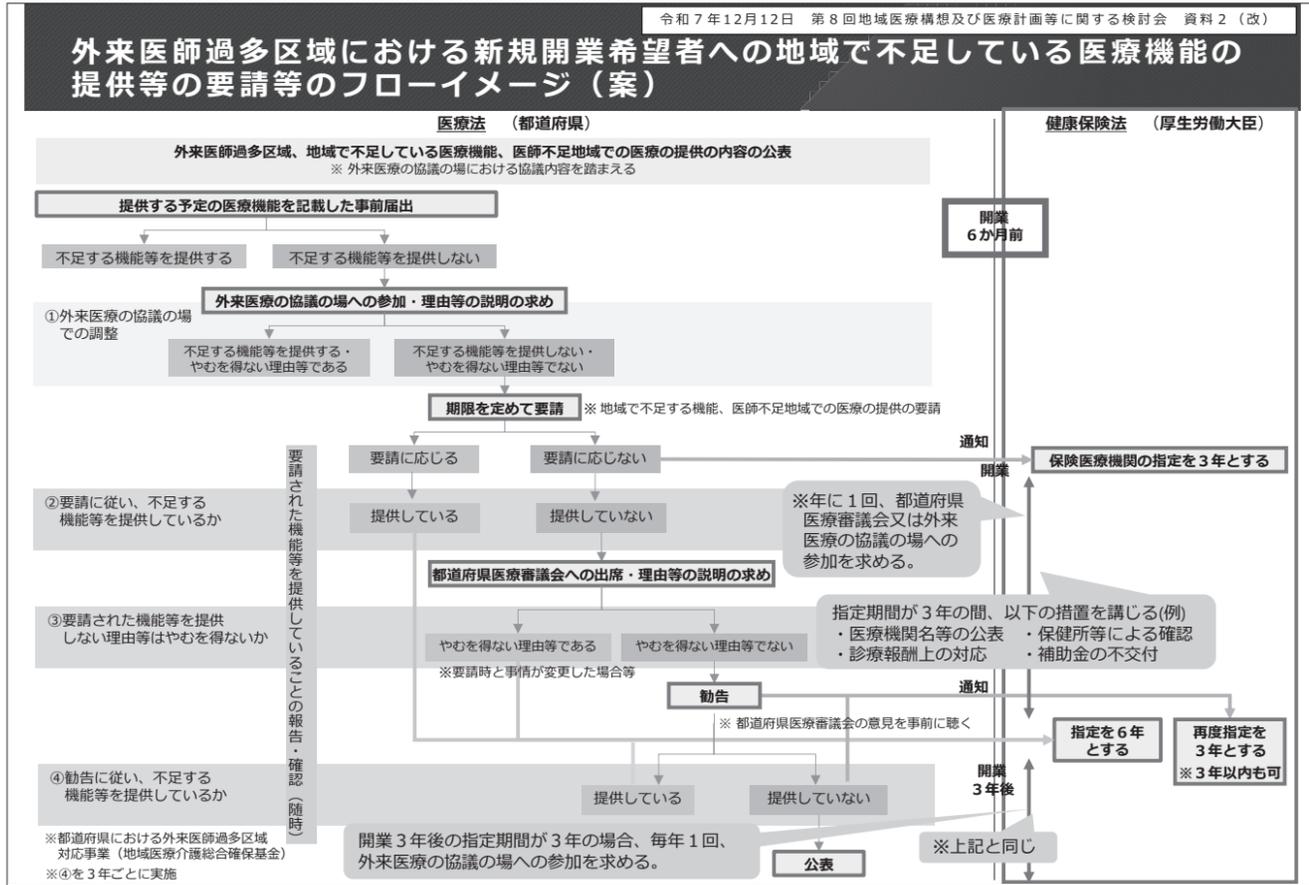
改正医療法では、要請・勧告に従わない場合の保険医療機関としての指定期間については、「三年以内の期限を付する」との記載にとどまっていたが、医療保険部会が省令改正を了承したのを受け、「3度目以降の指定では指定期間は2年」と明確にする。

### 保険医療機関の管理者

#### 新規・変更時は指定の様式で届出

同日は、保険医療機関の管理者要件に関する届出の様式を新たに定め、要件を満たしている旨を記載し提出する手続き内容を定めるとの方針も了承した。既存の医療機関は届出不要。管理者を変更する際に新たな様式で書面を提出する。「登録省令」を改正する。

改正医療法では、管理者要件として保険医であるとともに、医科の医師であれば「2年の臨床研修修了後、保険医療機関(病院に限る)における3年以上の保険医従事経験」などを求める。厚生労働省が同日に示した様式のイメージでは、要件を満たす勤務歴について、「年月日」や「勤務期間」、「勤務した保険医療機関・状況等」を記入する。



厚生労働省資料を一部改変

## 2025年度 第9回常任理事会の抄録 12月20日

### 【主な協議事項】

- 正会員として以下の入会を承認した。
  - 滋賀県 社会福祉法人恩賜財団済生会滋賀県病院 院長 三木 恒治
  - 滋賀県 市立長浜病院 院長 高折 恭一
  - 山口県 医療法人岩国病院 理事長 庄司 凡
- 賛助会員退会について
 

賛助会員の退会3会員が報告された結果、在籍賛助会員数は113会員となった。
- 福津市線状降水帯(8/10)に関する会員病院への見舞金の支給について
 

医療法人社団宗正会東福間病院(福岡県福津市)から、2025年8月10日に発生した線状降水帯による豪雨で浸水被害を受けた旨の報告があった。福岡県支部から改めて申請を受けた上で見舞金を支給することが了承された。また、救急・防災委員会において「全日本病院協会災害対応規則」の見直しに向けて検討することとした。
- 人間ドック実施指定施設の申請について
 

人間ドック実施指定施設の申請について審議し、満場一致で可決確定した。

<人間ドック>

  - 宮崎県 公益財団法人福岡労働衛生研究所延岡健診センター 所長 後藤 茂
  - 山形県 一般財団法人全日本労働福祉協会東北支部山形健診センター 所長 遠藤 政夫

- 沖縄県 医療法人祥杏会おもろまちメディカルセンター 理事長 城間 健治
  - 福岡県 社会医療法人水光会宗像水光会総合病院 理事長 津留 英智
  - 福岡県 医療法人瑞和会ラッフルズメディカル博多クリニック 理事長 大西 洋一
  - 長野県 JA長野厚生連浅間南麓こもろ医療センター 院長 橋本 晋一
  - 福島県 一般財団法人大原記念財団大原総合病院 理事長 佐藤 勝彦
  - 大阪府 医療法人徳洲会八尾徳洲会総合病院 院長 原田 博雅
  - 愛知県 医療法人BPR会いみずクリニック 理事長 井水 秀栄
  - 鳥取県 独立行政法人国立病院機構米子医療センター 院長 鯛岡 直人
  - 熊本県 医療法人室原会菊南病院 理事長 室原 良治
- 人間ドック実施指定施設は合計445施設となった。
- 岩手県支部支部長の交代について
 

岩手県支部長の赤坂俊幸先生(社団医療法人赤坂病院理事長)が退任し、山内文俊先生(医療法人社団恵仁会三愛病院理事長)が支部長に就任することについて説明があり、承認され、今回の理事会へ提出することとした。
  - 愛知県支部事務局業務委託覚書の変更について
 

愛知県支部事務局業務委託覚書の変

- 更について説明があり、承認され次回理事会へ提出することとした。
- 【主な報告事項】
  - 2026年度診療報酬改定率について
 

神野会長より、2026年度診療報酬改定率が診療報酬本体3.09%引き上げ、薬価0.87%引き下げとなり、差し引き2.22%となった旨が報告された。
  - 審議会等の報告
 

「中央社会保険医療協議会の総会、調査実施小委員会、医療機関等における消費税負担に関する分科会、薬価専門部会)について報告があり、質疑が行われた。

「社会保障審議会・医療部会」について報告があり、質疑が行われた。
  - 2026年度介護技能実習生等の受入れ意向確認について
 

2026年度介護技能実習生等の受入れ意向確認を会員病院宛に実施することが報告された。また、2027年4月以降は現行の技能実習制度から育成就業制度へ移行するため、技能実習制度を活用した受入れは最後になると説明された。
  - 各種研修会案内について
 

第14回若手経営者の会の概要等が報告された。

【概要】

日時: 2026年2月28日(土) 18:00~22:00

場所: 東京ドームホテルB1階「天空」

定員: 150名 (対象は原則55歳以下の病院経営者及び病院経営者候補)

参加費: 会員9,900円(税込)/非会員13,200円(同)。※懇親会(希望者のみ)は12,100円(同)。
  - 病院機能評価の審査結果について

- 主たる機能(～順不同)
 

【3rdG: Ver.3.0】
- ◎一般病院1
  - 石川県 恵寿金沢病院
  - 愛知県 増子記念病院
  - 兵庫県 真星病院
  - 高知県 竹下病院
- ◎一般病院2
  - 福島県 総合南東北病院
  - 石川県 浅ノ川総合病院
  - 兵庫県 新須磨病院
  - 熊本県 熊本機能病院
  - 沖縄県 那覇市立病院
- ◎リハビリテーション病院
  - 北海道 宮の森記念病院
- ◎精神科病院
  - 新潟県 田宮病院
- 2025年11月7日現在の認定病院は合計2,170病院。そのうち本会会員は907病院と、会員病院の35.0%、全認定病院の41.8%を占めている。
- 厚生労働省、日医、各団体報告について
 

一般社団法人日本専門医機構理事会(第18回)の報告が行われた。
- 【主な討議事項】
  - 診療報酬改定について
 

改定率「3.09%」について一定の評価を示す意見が多く出された一方、今後の点数配分作業の重要性を指摘する意見が出された。物価・人件費高騰への対応として、物価スライドや人事院勧告が自動的に診療報酬改定に反映される制度的見直しが必要とする意見が示された。また、地域医療構想に関連して、各区域の調整会議において病院団体として意見を活発化させる必要があるとの意見が出された。

# 「地域フォーミュラリ」を推進、都道府県に会議体

## 社保審・医療保険部会

## 医療費適正化計画基本方針への追記を了承

厚生労働省は、地域の医療関係者らの協議を経て有効性・安全性、経済性などの総合的な観点で最適と判断した医薬品集と使用方針をまとめた「地域フォーミュラリ」の普及を後押しする。各都道府県に対し2026年度中に「地域フォーミュラリ」の策定に向けた検討の場を設置するよう求めるほか、第4期医療費適正化計画の基本方針にも追記し、医療費適正化の観点を軸に推進する。2月12日、社会保障審議会・医療保険部会(田辺国昭部会長)が了承した。

### 〆病院フォーミュラリ、でなく「地域フォーミュラリ」を推進

「地域フォーミュラリ」については、2021年6月に閣議決定した「経済財政

運営と改革の基本方針2021」(骨太方針2021)に「医療機関等において医学的妥当性や経済性等を踏まえて作成された医薬品の使用方針(複数の治療薬がある慢性疾患において後発品を第一優先とする等)」との概念を念頭においた「フォーミュラリ」を活用するとの方針が盛り込まれたのを受け、2022年度の厚生労働科学特別研究事業で医薬品の適正使用に資するフォーミュラリガイドラインを策定。医療機関単位の〆病院フォーミュラリ、ではなく、地域における良質な薬物療法の提供を目的に、最新の科学的なエビデンスに基づいて医学的・薬学的観点に加え経済性なども踏まえた地域の関係者による協働の下で作成・運用する際の基本的な考え方として、2023年7月に都道府

県宛て通知を発出した。

同日の検討会では2025年5月時点の状況として地域フォーミュラリの作成状況を公表。策定中のもも含み、全国で18件にとどまっている。具体的には、◇所管内で3件のフォーミュラリ策定：大阪府◇同2件：茨城県、神奈川県、愛知県、広島県◇同1件：山形県、埼玉県、長野県、兵庫県、沖縄県◇策定中：石川県一となっている。

地域フォーミュラリの対象となる医薬品について都道府県が把握している17件中、最も多かったのはプロトンポンプ阻害剤(PPI、12件)で、HMG-CoA還元酵素阻害薬(11件)、アンジオテンシンⅡ受容体拮抗薬(9件)が続いた。

結果として後発品の医療費削減効果や使用割合促進効果が出ている。薬価

削減効果については薬価改定の影響も考慮する必要はあるものの、山形県酒田市では2017年の地域フォーミュラリ時点ではアンジオテンシンⅡ受容体拮抗薬(ARB)の金額が2億6700万円だったのが2024年には約2億円減の7500万円にまで低下。PPIでは、2億6000万円(2017年)から1億円減の1億6700万円(2024)へと下がっている。

後発品の利用率では全国的な使用促進の影響もあり注意が必要だが、大阪府八尾市では後発品のARB推奨薬の利用率が34%から63%へと上昇、PPIでは31%から64%へと上昇するなど一定の効果が認められている。

厚労省は、「導入により、医薬品の使用に制限が生じるものではなく、例えば治療を始めている患者に投薬中の医薬品を継続することで差し支えない」とも説明。作成後も最新の情報に基づき適時・適切に更新する必要性も指摘している。

### まずは三師会への協力を依頼へ生活習慣病薬などレセプト分析も

厚労省が計画している合意形成の促進や会議運営支援などの流れは①合意形成②運営支援③理解促進④データ共有⑤保険者の関与一の5段階(図表)。まずは日本医師会、日本歯科医師会、日本薬剤師会の三師会に協力をもとめ、都道府県単位での地区三師会との合意形成を促進する考え。

このほか、国がレセプトデータを分析し、生活習慣病薬などの後発品について成分別の使用割合などを都道府県へ共有し、参考となる具体的な薬効群の成分リストも作成・公表する計画。保険者に対し、地域フォーミュラリ参画へのインセンティブを設けるとの方針も示した。

同日の医療保険部会では、作成に関与する医療関係者らに対するインセンティブも検討すべきなどの意見が出ていた。

### 推進策の一覧

- 都道府県域内の医療関係者に対して、都道府県単位での医療関係者との合意形成促進、会議運営支援、ガイドライン(※)周知や好事例展開による理解促進、生活習慣病薬等の使用割合データの共有をはじめとした必要な取組を進める。

①合意形成の促進	● 国は、三師会に地域フォーミュラリ推進への協力を依頼 ● 都道府県は、(後発医薬品使用促進協議会や保険者協議会等既存の会議体の活用も勘案しつつ、都道府県単位で三師会と連携をとることで、地区三師会の合意形成を促進
②運営支援	● 都道府県は、国の支出委任事業(後発医薬品安心使用促進事業)などを活用し、会議運営等を支援
③理解促進	● 国は、医療関係者や行政職員等を対象とした、地域フォーミュラリの研修及び個別相談を実施 ● 都道府県は、ガイドライン(※)や好事例について、講習会等を通じて周知(※)フォーミュラリの運用について(令和5年7月)
④データ共有	● 国は、レセプトデータを分析し、生活習慣病薬等の後発医薬品の成分別使用割合をレセプトデータを都道府県に共有 ● 国は、全国の地域フォーミュラリを分析の上検討し、参考となる具体的な薬効群の成分リストを作成・公表
⑤保険者の関与	● 国は、保険者に対して、地域フォーミュラリへの参画を促すインセンティブを設け、保険者による関与を促進



**目標** 令和8年度中に、各都道府県において地域フォーミュラリを策定する場(地域での策定に向けて検討する)を設ける

# 「地域がん診療連携拠点病院」に6施設を指定

## がん診療拠点病院指定検討会

## 神奈川県に3施設、千葉県、兵庫県、岡山県

厚生労働省の「がん診療連携拠点病院等の指定に関する検討会」(藤也寸志座長)は2月9日、新たに6施設を「地域がん診療連携拠点病院」として指定する方針を了承した。都道府県からの指定推薦に基づく。

新たに指定されるのは、◇国際医療福祉大成田病院(千葉県)◇湘南藤沢

徳洲会病院(神奈川県)◇平塚市民病院(神奈川県)◇日本医科大武蔵小杉病院(神奈川県)◇宝塚市立病院(兵庫県)◇倉敷成人病センター(岡山県)一の計6施設。

### 2施設が指定を辞退

同日は、2施設が「地域がん診療連

携拠点病院」としての指定を辞退する旨の報告も受けた。具体的には、山形市立病院済生館(山形県)と公立学校共済組合近畿中央病院(兵庫県)の2施設。2026年4月1日以降に取り消しとなる。

地域がん診療連携拠点病院への指定が決まった6施設

都道府県	医療機関名
1 千葉県	国際医療福祉大学成田病院
2 神奈川県	医療法人徳洲会 湘南藤沢徳洲会病院
3 神奈川県	平塚市民病院
4 神奈川県	日本医科大学武蔵小杉病院
5 兵庫県	宝塚市立病院
6 岡山県	倉敷成人病センター

地域がん診療連携拠点病院の指定を辞退する2施設

都道府県	医療機関名
1 山形県	山形市立病院済生館
2 兵庫県	公立学校共済組合近畿中央病院

厚生省資料を一部改変

# マイナ保険証の利用率急増も6割台

## 厚労省が報告

## 健康保険証の期限満了で、利用件数は前月比4000万件超の増加

2025年12月1日で従来の健康保険証が有効期限満了を迎えたことを受け、マイナンバーカードの健康保険証利用(マイナ保険証)が急増した。2025年12月の利用率は前月比13.76ポイント増の63.24%に達した。利用件数は同4111件増の1万4575件。2月12日、厚生労働省が社会保障審議会・医療保険部会で報告した。

「診療情報閲覧数」は、前月比2525件増の8619件だった。「薬剤情報閲覧数」は同917件増の3213件と、他の利

用状況に比べ相対的に利用が進んでいないと言えそうだ。

厚労省によると、2025年12月時点のマイナンバーカード保有枚数は日本全体で1億65万枚と1億超を記録した。マイナ保険証は利用登録件数が9042万件で、マイナンバーカード保有者の89.8%となっている。

### 利用率は富山県が73.80%で1位

厚労省は都道府県別の利用率も公表。最も高かったのは富山県(73.80%)だ

った。次いで、宮崎県(70.53%)、静岡県(70.17%)、福井県(69.61%)、新潟県(69.32%)など。低かったのは沖縄県(50.71%)で、高知県(53.89%)、大阪府(56.31%)、徳島県(56.49%)、和歌山県(58.10%)などが続いた。

### 市町村国保、国保組合が低調

厚労省は同日、保険制度別のマイナ保険証の利用登録割合として、市町村国保(68.5%)や国保組合(68.8%)でやや低調な動きとなっている状況を示し

た。全体平均74.1%に対し、利用登録割合が高いのは、共済組合(81.6%)、健康保険組合(80.1%)。

年齢階層別の利用率で最も高いのが「65～69歳」(53.43%)と半数程度に止まっている状況も課題だ。次いで「70～74歳」(52.72%)、「60～64歳」(51.41%)など。最も低いのは「0～4歳」(42.09%)で、「15～19歳」(43.58%)、「10～14歳」(44.87%)、「5～9歳」(44.97%)などが続いた。