報告 REPORT

令和７年度病院管理研修会

副会長　藤原（ふじわら）　秀俊（ひでとし）

令和７年度病院管理研修会を北海道病院協会との共催により、令和８年１月31日（土）にハイブリッド方式にて開催し、参加者は319名（会場29名、Web290名）であった。

【津留英智先生】

講師に、全日本病院協会常任理事で同協会の医療保険・診療報酬委員会の委員長を務められている、宗像水光会総合病院理事長の津留英智先生をお招きし、「令和８年度診療報酬改定について」をテーマにご講演いただいたので、内容を報告する。

◆

●令和８年度診療報酬改定の基本的事項と改定までの流れについて

ポイントとして▽「メリハリ改定」（病院と診療所の財源配分、急性期機能と包括期機能の峻別）、▽「現状認識からスタートした改定」（病院経営悪化）、▽「地域医療構想を牽引する改定」の３点を示された。

令和８年度診療報酬改定では、十分な改定率確保が最優先課題であったため、目標改定率を10％超えとして、日本病院団体協議会として要望を取りまとめ厚生労働省へ提出する等のロビー活動を行った。

●令和８年度診療報酬改定の各論的内容

今回の診療報酬改定率＋3.09％は令和８年度・９年度の平均値であり、財務・厚生労働両大臣の合意でほぼ使い道が決められている。今後の答申による制度運用等の見直し等によっては、診療所へ影響が及ぶ可能性がある。

賃上げ・物価対応についても、財務・厚生労働両大臣の折衝により、使い道が事細かく決められている。細かい部分は告示・通知を確認いただきたい。

●重症度、医療・看護必要度

内科系救急の評価が低いことを踏まえ、外科偏重から脱却し、地域で必要な内科・救急を担う病院が評価される仕組みへの移行がポイントとなっている。救急搬送患者の評価の重みを増す方法として、該当患者割合を増やす方法、救急搬送患者数を指数化して合算する方法が考えられ、指数化により内科系も一定程度評価される。

また、ハイケアユニット（HCU）の見直しで施設基準（該当患者割合）も、現行の1.5割以上から２割以上への引き上げが検討されている。

●急性期一般（急性期病院Ａ・Ｂ）

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た急性期一般入院基本料を新設。看護配置７対１の「急性期病院Ａ一般入院料」と10対１の「急性期病院Ｂ一般入院料」を設ける。

急性期入院料・地域包括医療病棟入院料については、ケアミックスが認められないことが影響しているが、その取扱いには最終的に確認が必要である。

●看護・多職種協働加算

多職種協働のチーム医療を評価する加算として、看護・多職種協働加算が新設された。病院が導入するメリットとして、看護業務の負担軽減や効率的な病床運用がある。

●DPC

急性期入院医療の評価の見直しに伴い、DPC病院群別包括点数に係る包括範囲・出来高点数については、医療資源投入が異なることを踏まえ、二つに分ける動きとなっており、最終的に告示数値の確認が必要であるが、現時点では概ね次の内容で区分する方向となっている。

◇救急車等による搬送により、入院した患者数が年間700人以上
◇救急車等による入院が年間200人以上、かつ全身麻酔による手術件数500件以上
◇人口20万人以下の二次医療圏においてシェア最大で救急車による入院年間400件以上
◇離島のみの二次医療圏において救急車での入院数が最大

また、持参薬の使用に関するルールで、入院の契機となる疾病に対する持参薬の使用は、特別な理由がある場合を除き認めないとされたが、明確に確認できていないので、告示等を確認いただきたい。

●地域包括医療病棟

治し支える医療として、前回改定で新設されたが、施設基準が厳しく内科系救急は算定が難しかったことから、ADL低下割合５％未満の基準や、手術なし・内科系救急に係る要件の見直しが行われた。また、地域包括医療病棟入院料の区分・体系が変更され、「一般病棟入院基本料」を算定する病棟を有しない病院を対象とした地域包括医療病棟入院料１、ケアミックスに該当し、一般的な急性期病院を有する病院を対象とした地域包括医療病棟入院料２に区分されたが、点数の増減は現時点で不明である。なお、地域包括医療病棟入院料１・２は、患者ごとの医療資源投入量に応じて入院料１～３に区別され、評価に差を設けることとされている。

●地域包括ケア病棟

在宅患者支援病床初期加算は救急搬送の有無により点数が異なるが、実態と合っていない場合がある

ので、救急搬送の有無に関わらず「救急入院で直接入棟する患者」全体を高く評価する新たな区分へ再編される。また、高齢者救急の受け皿として包括的な機能を評価する包括期充実体制加算（仮称）が対象を許可病床200床未満で急性期一般入院料を持たない医療機関を対象として新設された。

●回復期リハビリ病棟

病棟入院回復期リハビリテーション料１を届け出ている病棟を対象に、排尿自立支援加算の届け出を行っていることや、退院前訪問指導について十分な実績を有している等を要件に、回復期リハビリテーション強化体制加算が新設された。また、対象患者と「重症」基準の見直しについて、評価尺度の統一にFIM（機能的自立度評価法）を用いることが望ましいと明記されることとなった。

●リハビリテーション

急性期・早期リハビリテーションの評価体制が、急性期は入院した日から起算して３日目までが60点に引き上げられ、４日目から14日を限度に25点と30日から期間が短縮されたほか、休日リハビリテーション加算25点が新設された。なお、疾患別リハビリテーションの「質」と「実施内容」の適正化も行われたが、多職種協働の観点もあり、内容の確認が必要である。また、現場の事務負担軽減と制度の整合性を図るため、計画書・指導料等の簡素化と整理が行われ、総合計画評価料の見直しや退院時リハビリテーション指導料の厳格化が行われた。

●療養病床

医療区分の定義見直しが行われ、医療区分３（疾患・状態）に末期心不全・末期呼吸器疾患・末期腎不全（透析困難例）等で、医療用麻薬等の投与による疼痛コントロールが必要な状態と超重症児（者）に該当する状態が追加。医療区分３（処置等）の運用見直し、医療区分２（疾患・状態）へ、準超重症児（者）に該当する状態の追加が行われた。

一方、施設基準の厳格化も行われ、療養病棟入院料２について医療区分２・３の患者割合が５割以上から６割以上に引き上げられた。

●身体拘束

身体的拘束最小化推進体制加算が新設され、より質の高い取組みを行う病棟が評価される反面、基準を満たさない場合の減算規定が継続・強化されるなど、評価と減算の両面で整理されている。

一方、身体的拘束の定義・運用で、クリップセンサーについては定義・運用上「容易に外れ、自発的運動を制限しない場合」とされる点を踏まえた取扱いとなる可能性があるため、告示や通知で確認が必要である。

●入退院支援

検査・画像情報提供への上乗せ評価が新設され、地域連携診療計画加算を算定する患者について、転院等の円滑化を図るため、詳細な医療情報の提供が新たに評価されることとなった。また、患者の権利擁護と倫理的配慮において、全ての入院料の共通ルールおよび入退院支援加算の施設基準として、感染対策等の正当な理由なく、入院患者への家族等の面会を妨げてはならないとの面会に関する規定が新設された。各医療機関における面会制限の運用について留意が必要である。

●様式９、看護師業務効率化

病棟専従の定義実態に合わせて柔軟化され、除外が必要であった業務時間が勤務時間（配置数）として算入可能となるなど緩和する動きになっている。また、ICT活用により看護配置基準も緩和され、告示や通知を細かくみて確認する必要はあるが、見守り機器・記録効率化機器・情報共有機器を全て導入し、広く使用している場合、実際に勤務する看護職員数や比率が本来の基準の９割以上であれば、看護要員（常勤）の月平均超過勤務時間が10時間以下で導入前より増加していないことを要件に、入院料を算定できる。

医師事務作業補助者に対しても、ICT等を活用し、業務が効率化した場合、同じように人員配置要件が緩和される。

●まとめ

ケアミックスの是非について、厚生労働省は否定的な見方をしていると思われる。そのため、学会等において病院側の視点を発信してきたが、結果として厳しい方向に向かった。今回の診療報酬改定や地域医療構想から、「治す医療」と「治し支える医療」の役割を明確に分けようとしており、急性期と包括期のケアミックスは認めない方針で、いずれかの機能へ移行を促すメッセージと受け止めている。

◇物価・賃金が上がる中、改定率3.09％で当面は維持できたとしても、それで十分なのか
◇自院が地域で必要とされる病院であるために、何を目指すのか
◇急性期と包括期が区分される中、2040年に地域においてどのような医療機能を担うのか
◇病床・病棟機能分化から（病院）医療機関機能分化への変化にどう対応するのか

について問題提起され、講演を終了した。

◆

本講演会は令和８年１月23日に公表された個別改定項目資料を中心としているため、今後の中医協での議論や答申結果により、施設基準や算定要件が見直される可能性があるので、最終的には告示や通知等を確認願いたい。（津留講師：談）