

長野県地域医療セミナー

# 令和8年度診療報酬改定の動向と経営に与える影響



NIHONKEIEI GROUP

株式会社 日本経営

2026 © NIHONKEIEI Co.,Ltd.

# 日本経営グループ紹介

## コンプライアンス領域

税理士法人  
日本経営

●企業/資産家/病院/クリニック/介護福祉施設等の税務顧問・  
税務財務コンサルティング・組織再編・事業承継 ●国際税務  
●信託 ●資産の組み換え など

社会保険労務士  
法人 日本経営

●労務顧問 ●労務戦略の立案推進 ●社会保険・労働保険に  
関する諸手続・相談 ●年金相談 など

行政書士法人  
日本経営

●遺言書の作成および執行  
●相続手続支援業務 など

御堂筋監査法人

●監査・保証業務(医療法人監査・社会福祉法人監査・任意監  
査・その他の監査・保証業務) ●内部統制構築支援 ●内部監査  
支援 ●財務デュー・デリジェンス など

NIHON KEIEI  
(PHILIPPINES)  
INC.

フィリピンでの ●アウトソーシングサービス(記帳代行・税務申  
告代行・給与計算代行) ●会社設立業務  
●SEC/BIR/SSS/PH/HDMF 関連の申請手続代行 など

NIHON KEIEI  
(INDIA)  
PRIVATE  
LIMITED

インドでの ●アウトソーシングサービス(記帳・給与計算・税務  
申告・決算作成) ●アドバイザーサービス ●監査窓口対応 ●  
顧問業務 ●会社設立/清算 ●会計のモニタリング支援 など

## コンサルティング領域

株式会社  
日本経営

●経営戦略・組織人事・業務改善等のコンサルティング  
●人材育成支援 ●情報配信 ●ホームページ作成支援 など

株式会社  
ブルーライン・  
パートナーズ

病院/クリニック/介護事業者/ヘルスケア関連企業に対する、  
ファンドを活用した事業拡大・財務健全化のための金融支援  
など

NIHON KEIEI  
(THAILAND)  
CO.,LTD.

タイでの ●回復期リハビリおよびケアサービス ●ヘルスケア  
分野の教育・コンサルティング など

NKGRコンサル  
ティング  
株式会社

●診療所/病院/介護施設のM&A  
●診療所/病院/企業などの経営・財務コンサルティング

株式会社  
日本経営  
リスクマネジメント

●ファイナンシャルプランニング業務  
●生命保険の募集に関する業務  
●損害保険代理業共済代理業 など

グループ人員数:約700名

# 日本経営グループの主なサービス（コンサルティング領域）

## 戦略立案・実行支援 コンサルティング



病院/介護施設

- 経営戦略立案
- 実行支援
- 収益向上支援

## 人事 コンサルティング



病院/介護施設/企業

- 賃金/人事の評価制度構築支援
- 組織改革/活性化支援
- 研修/人材育成支援

## 業務改善支援



病院(主に看護部)/  
介護施設

- 業務効率化支援
- 業務改善を通じた組織力向上支援

## 政策推進支援



厚生労働省  
医療/福祉関連事業の  
受託

自治体  
地域医療/介護政策推  
進支援

## M&A・ファンド



病院/介護施設

- M&Aの仲介/アドバイス
- 地域ファンドによる資金提供
- 経営ノウハウ提供

# 日本経営グループの主なサービス（クラウド領域）

## ホームページ制作・運用サービス



すべての医療機関にオフィシャルサイトを  
**Wevery!**  
ウェブリィ

対象

医院・クリニック

導入件数

約**3,300**件

## 病院経営向上につながる データ分析システム



対象

病院

導入件数

約**500**件

## マネジメント向上につながる e-ラーニングシステム



対象

病院・介護施設

導入件数

約**450**件

## 人事評価制度の運用システム



対象

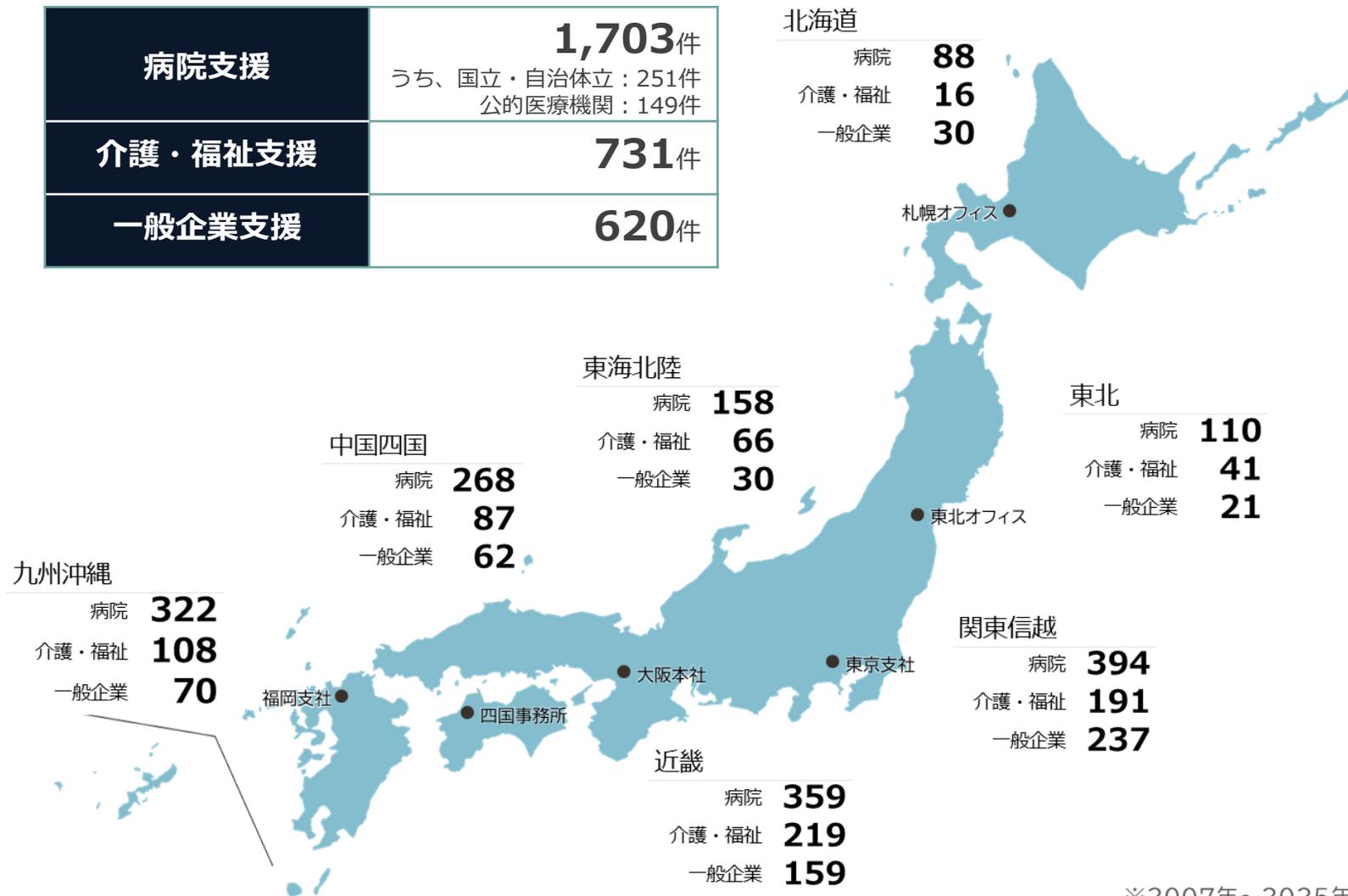
中堅・中小企業

導入件数

約**600**件

# コンサルティング実績

病院支援	1,703件 うち、国立・自治体立：251件 公的医療機関：149件
介護・福祉支援	731件
一般企業支援	620件



※2007年～2025年3月末時点の合計支援実績



# 危機に瀕する病院経営

## ～近年の病院の経営状況について～

# 人口少数地域における赤字病院の増大（令和5年度決算）

## 地域分類別の経営状況

		大都市型の地域の病院	地方都市型の地域の病院	人口少数地域型の地域の病院
施設数		955	1,682	377
医業利益率	平均値	△1.0%	△0.4%	△1.4%
	中央値	△0.9%	△0.7%	△1.7%
経常利益率	平均値	0.9%	1.4%	0.8%
	中央値	1.3%	1.4%	0.4%

※医業利益率（%）＝医業利益÷医業収益×100、経常利益率（%）＝経常利益÷医業収益×100

### ■地域分類

二次医療圏を以下の定義で分類

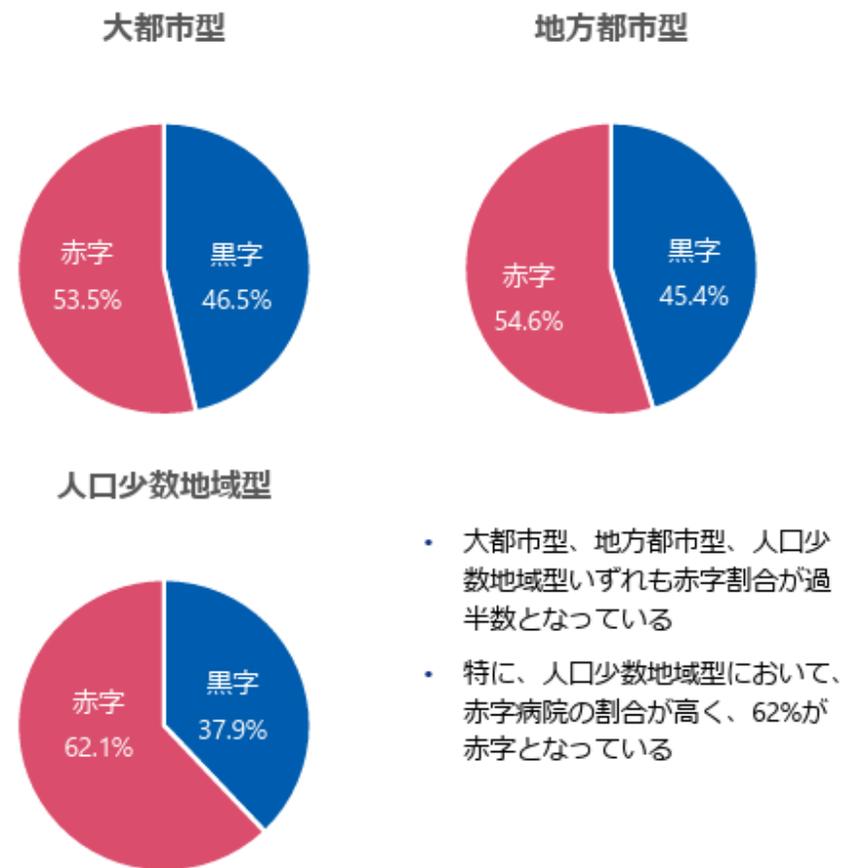
- 大都市型：人口が100万人以上（又は）人口密度が2,000人/km<sup>2</sup>以上
- 地方都市型：人口が20万人以上（又は）人口10～20万人（かつ）人口密度が200人/km<sup>2</sup>以上
- 人口少数地域型：上記以外

※定義に使用したデータの出典

人口：総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数」（令和6年1月1日）

面積：国土地理院「全国都道府県市区町村別面積調」（令和6年1月1日）

## 医業利益の黒字/赤字割合



- ・ 大都市型、地方都市型、人口少数地域型いずれも赤字割合が過半数となっている
- ・ 特に、人口少数地域型において、赤字病院の割合が高く、62%が赤字となっている

# 急性期機能を担う医療機関の利益率の悪化（令和5年度決算）

		高度急性期	急性期A	急性期B	回復期	慢性期	精神	その他
施設数		164	118	553	245	687	618	629
医業利益率	平均値	△2.3%	△2.7%	△2.5%	3.8%	0.5%	△0.1%	0.1%
	中央値	△1.6%	△1.4%	△2.7%	2.8%	△0.5%	△0.7%	△0.7%
経常利益率	平均値	△1.1%	△1.1%	△0.3%	5.2%	2.6%	2.6%	1.9%
	中央値	△0.1%	0.6%	0.1%	4.1%	1.5%	1.4%	1.4%

## ■機能分類（入院料か加算等の届出状況をもとに設定）

※分類E以下は分類A～Dに該当しない医療機関とする	
機能大分類	機能中分類
高度急性期	分類C：急性期充実体制加算または総合入院体制加算を届出
	分類D：高度急性期系（救命救急、ICU、HCU、SCUのいずれか）を届出 ※PICU、MFICU、NICU、GCUは別途こども病院の分類を設けるため除外
急性期A	分類E：急性期一般1を届出する病床が50%を超える
急性期B	分類F：急性期一般2または3を届出する病床が50%を超える
	分類G：急性期一般4～6を届出する病床が50%を超える
	分類H：地域一般1～3を届出する病床が50%を超える
回復期	分類I：地域包括ケア入院料を届出する病床が50%を超える
	分類J：回復期リハビリテーション入院料を届出する病床が50%を超える
精神	※病院類型別の分析にて確認することとする
慢性期	分類K：療養病棟入院料を届出する病床が50%を超える

※上記のいずれにも該当しない場合は「分類L：いずれにも該当しない病院（その他）」とする

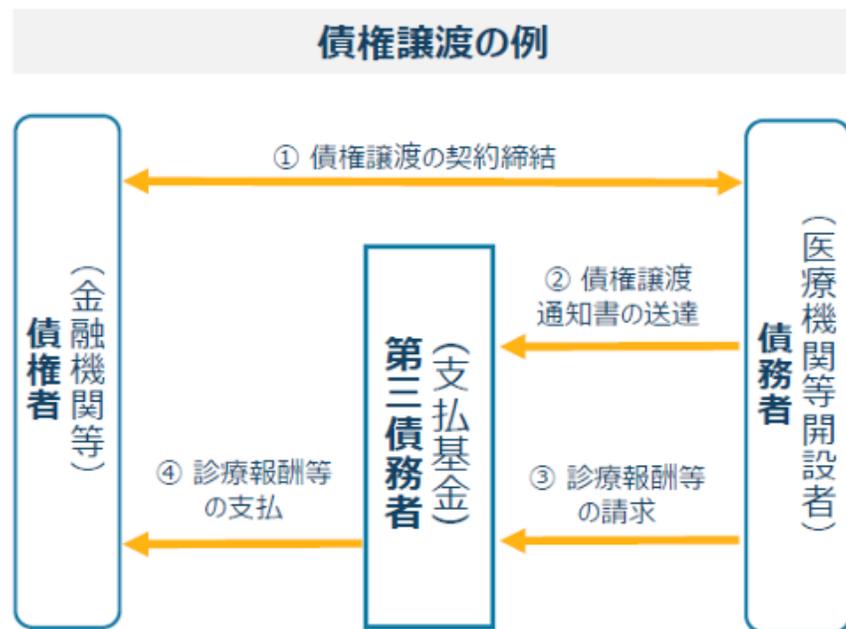
※機能分類は原則「入院料や加算の厚生局への届出状況（令和5年10月1日時点）」を使用。

出典：中央社会保険医療協議会（中医協）総会（第615回）「医療機関等を取り巻く状況について」

# ファクタリングの増加

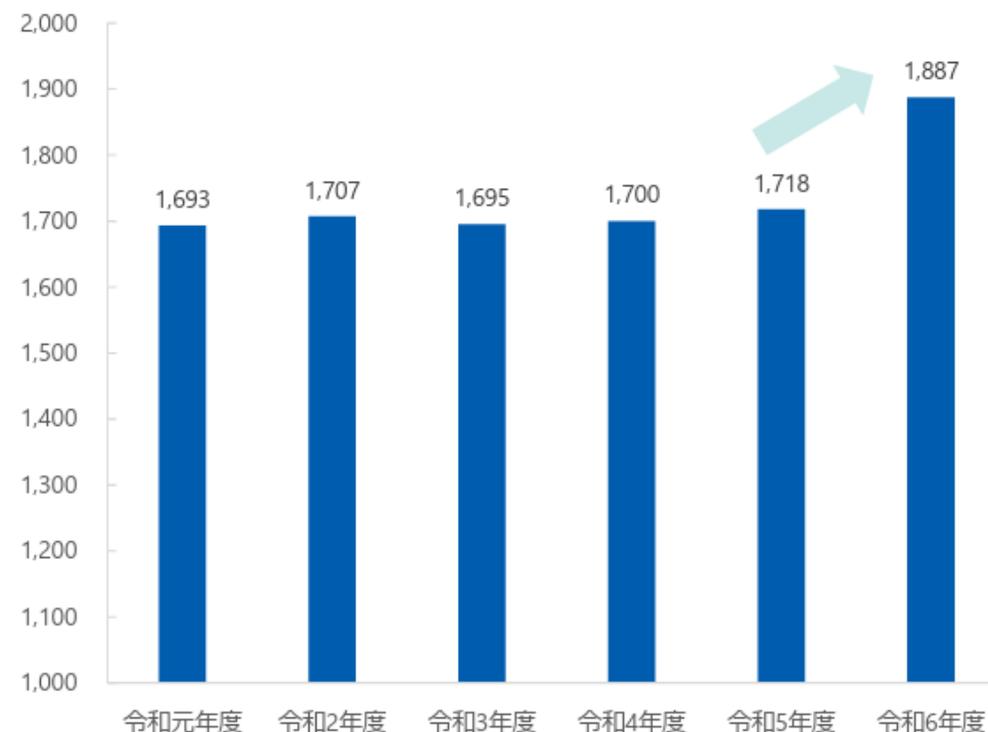
- 資金繰りの改善策として診療報酬債権の譲渡（ファクタリング）が活用される。
- この点、診療報酬債権の譲渡等の件数は令和5年度から令和6年度にかけて増加しており、資金繰りが悪化している医療機関が増加している可能性がある。

診療報酬債権譲渡のイメージ図



※ 支払基金は、債権譲渡通知書に基づき、譲渡された診療報酬等を金融機関等へ支払う。

診療報酬債権の譲渡等の件数の推移（医科）

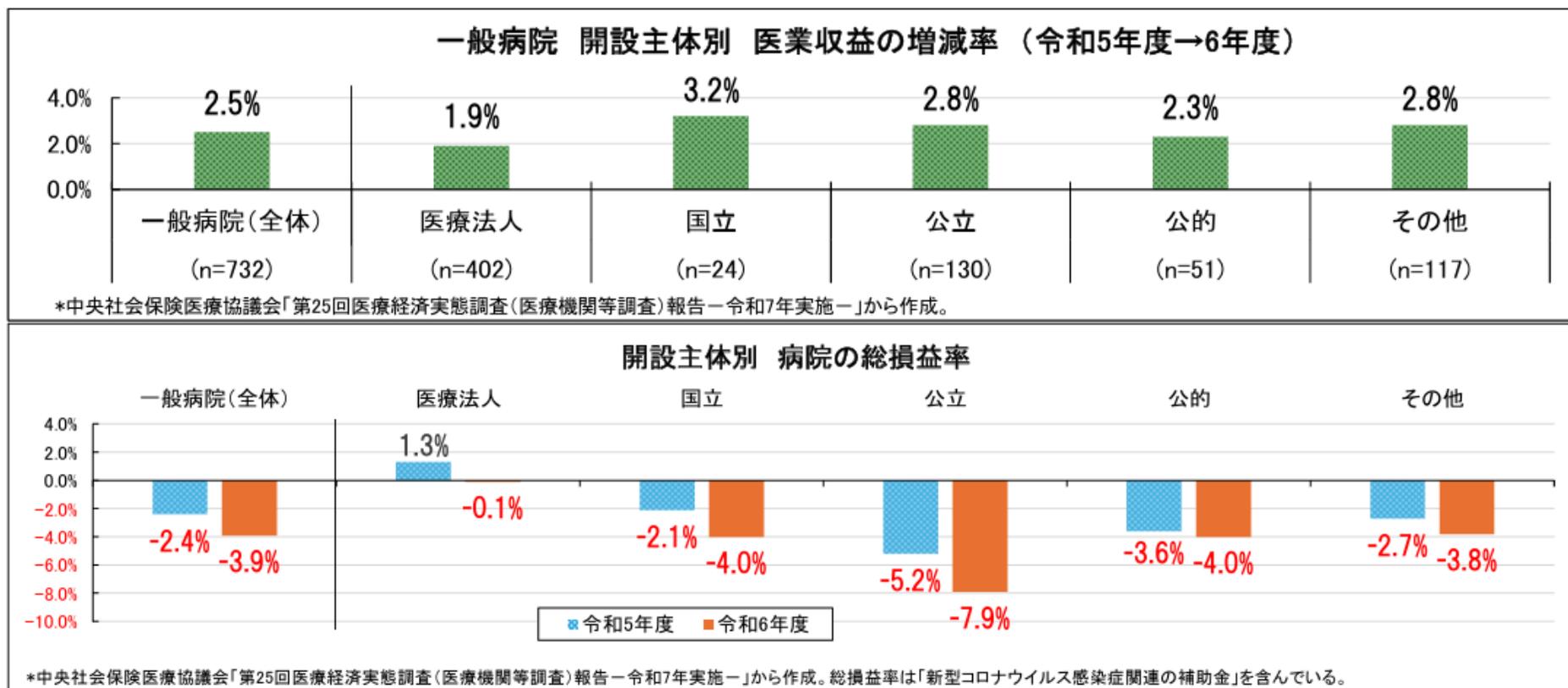


出典：社会保険診療報酬支払基金

# 令和5年度→令和6年度の決算は更に悪化

## 一般病院 開設主体別 医業収益と総損益率

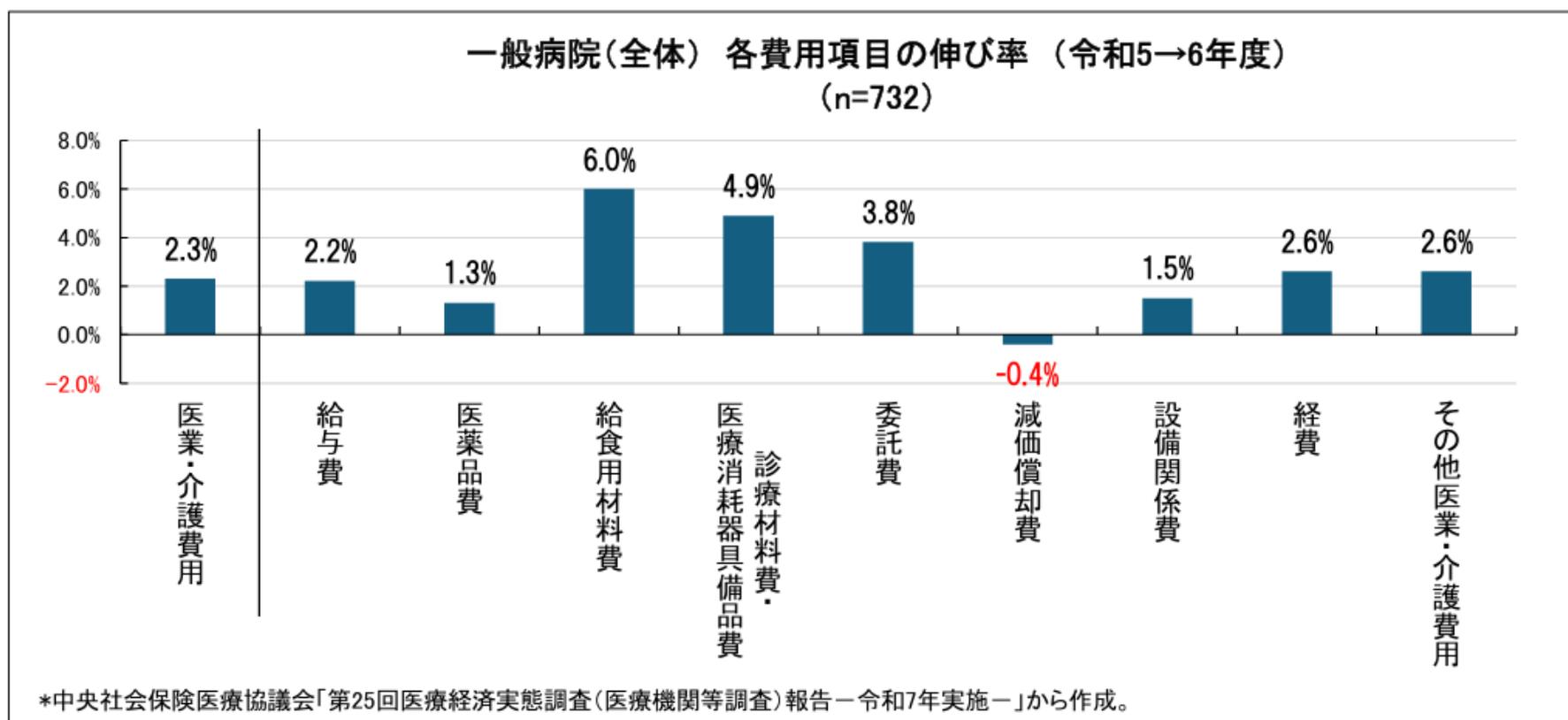
- 一般病院は、いずれの開設主体も医業収益は増加したが、総損益率は悪化し、増収減益である。
- 総損益率が悪化した要因は、賃金・物価の上昇によるコスト増のほか、新型コロナ関連の補助金や特例の終了による影響が大きい。



※社会保険関係法人立と個人立の病院は施設数が少ないため、非表示としている。

## 一般病院(全体) 各費用項目の伸び率

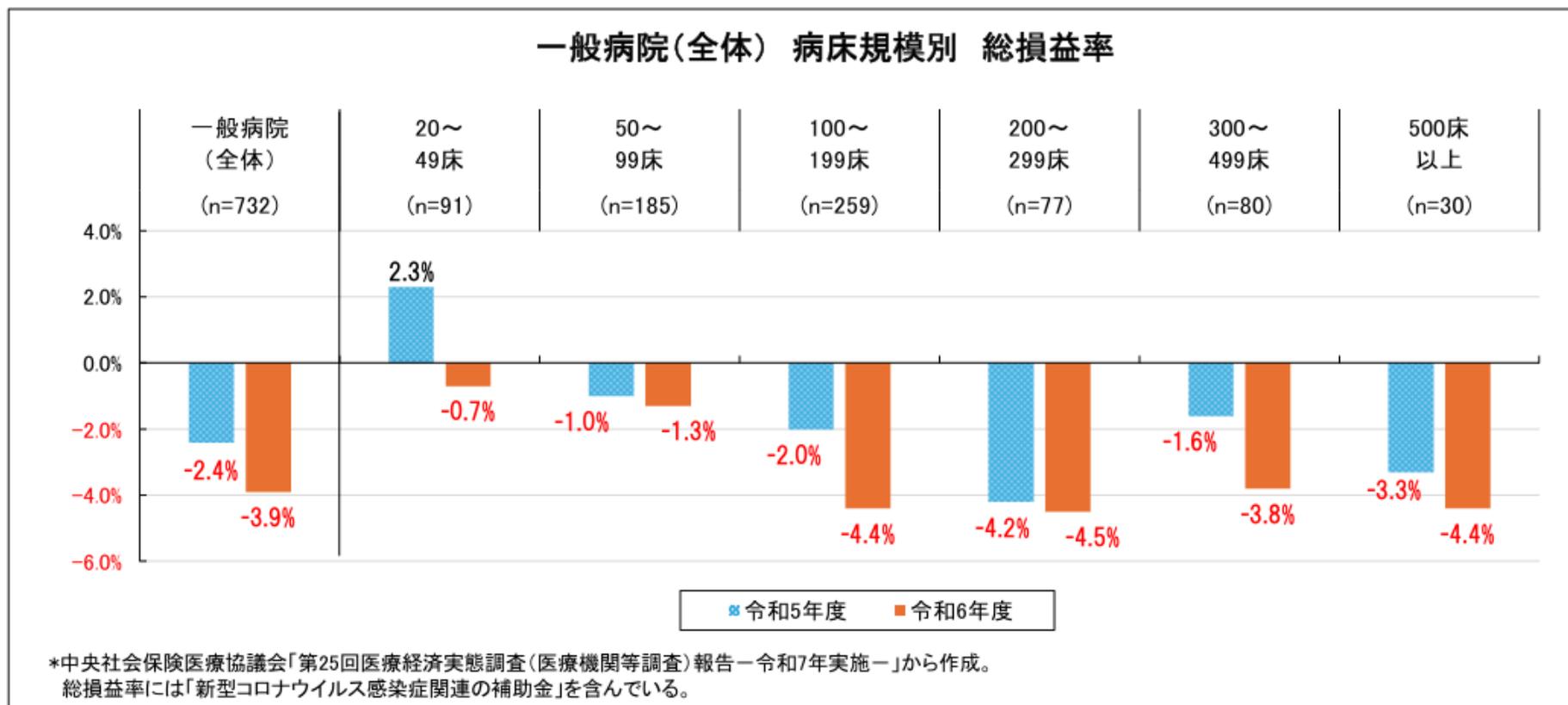
- 医業・介護費用は、物価・人件費等の高騰の影響を受け、給与費や材料費等の諸費用が上昇した。
- 一般病院では給食用材料費、診療材料費・医療消耗器具備品費、委託費の伸び率が高い。



# いずれの規模に関わらず収支は悪化

## 一般病院 病床規模別 総損益率

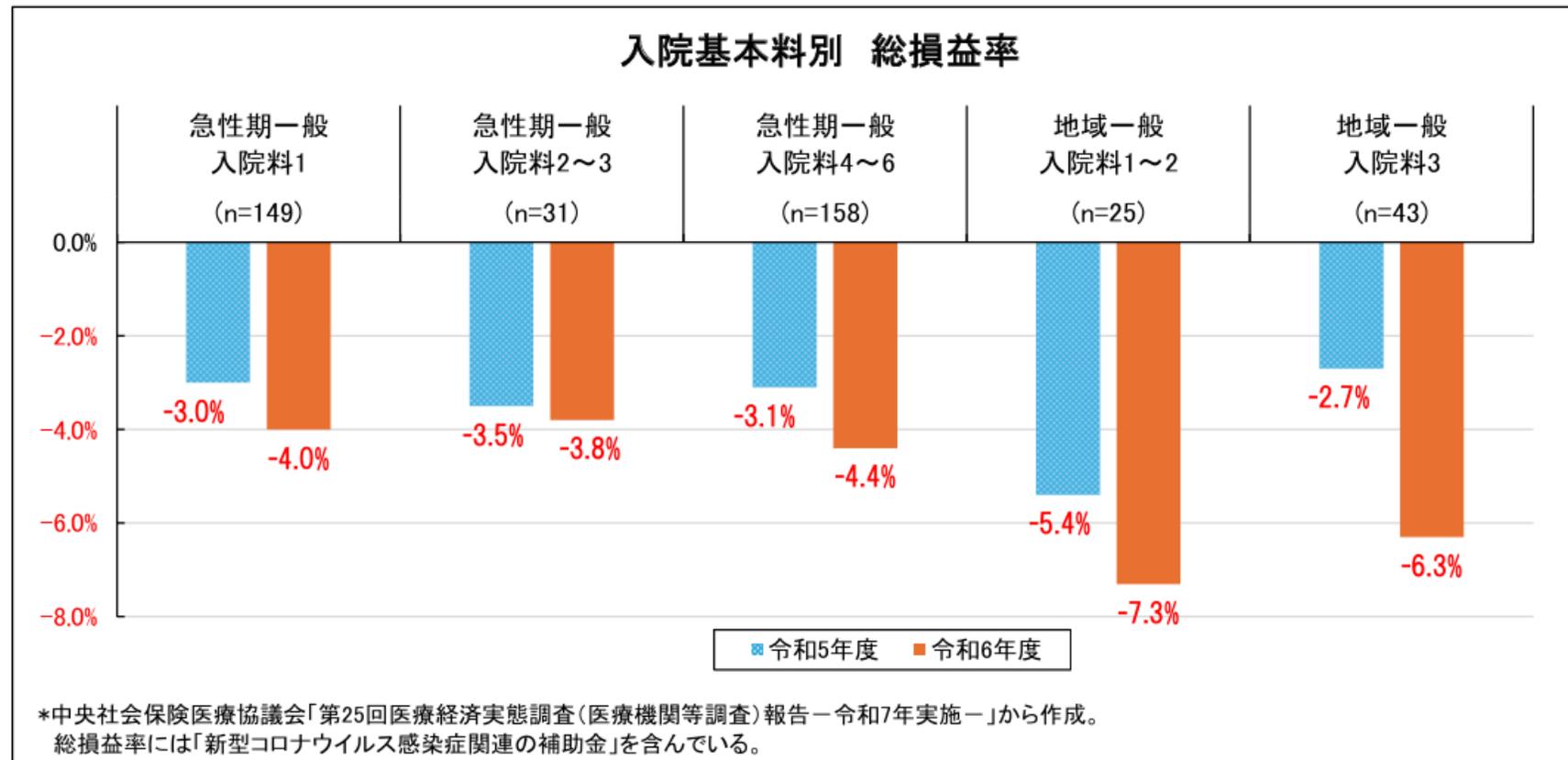
- 一般病院ではすべての病床規模で総損益率が悪化した。



# 一般病棟入院基本料を算定する医療機関は特に厳しい状況

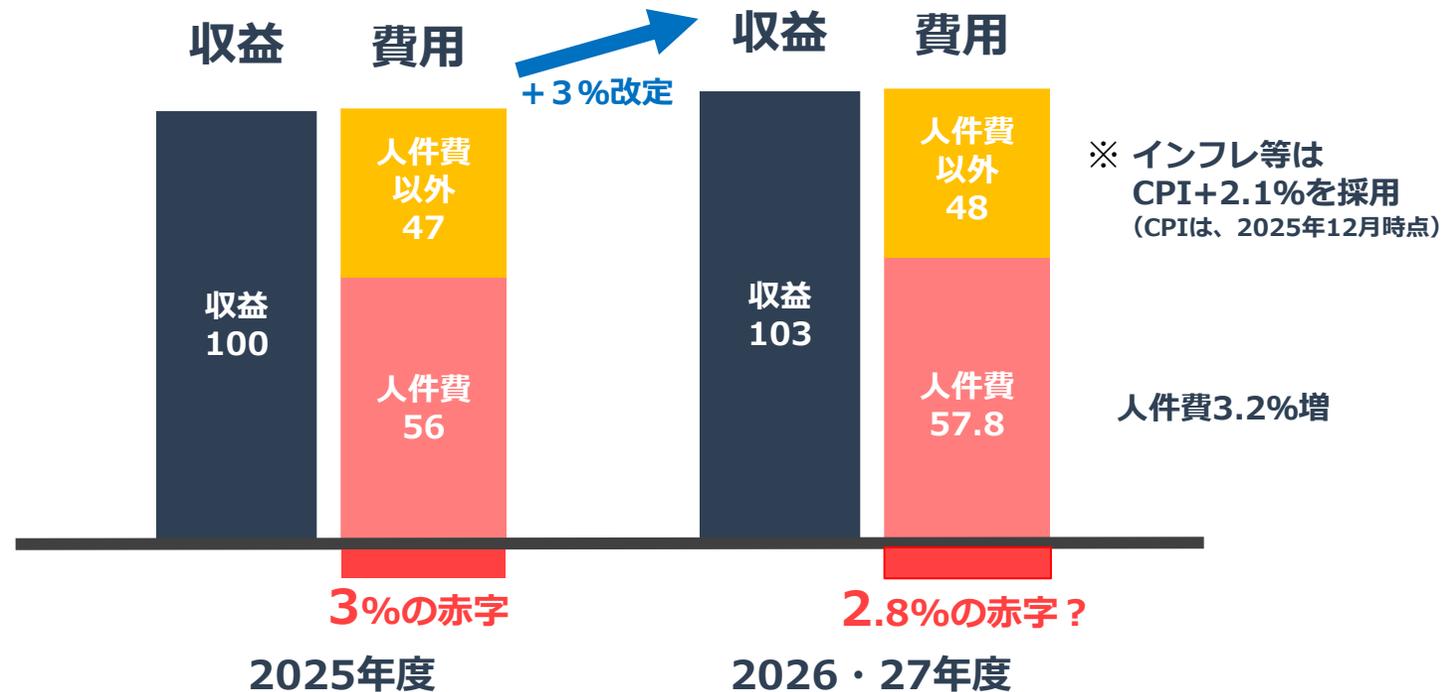
## 一般病院 入院基本料別 総損益率

- 急性期一般入院料、地域一般入院料のいずれを算定している医療機関でも赤字がさらに拡大した。



# 改定によって足元の経営はどれほど持ち直す？

全体で3.09%のプラス改定、ただしマクロ的には大きな改善には繋がらない？  
→「収益」の幅は病院の機能・実績で大きく変わる





# 地域医療の転換期

～新しい地域医療構想における狙いと改定の動向～

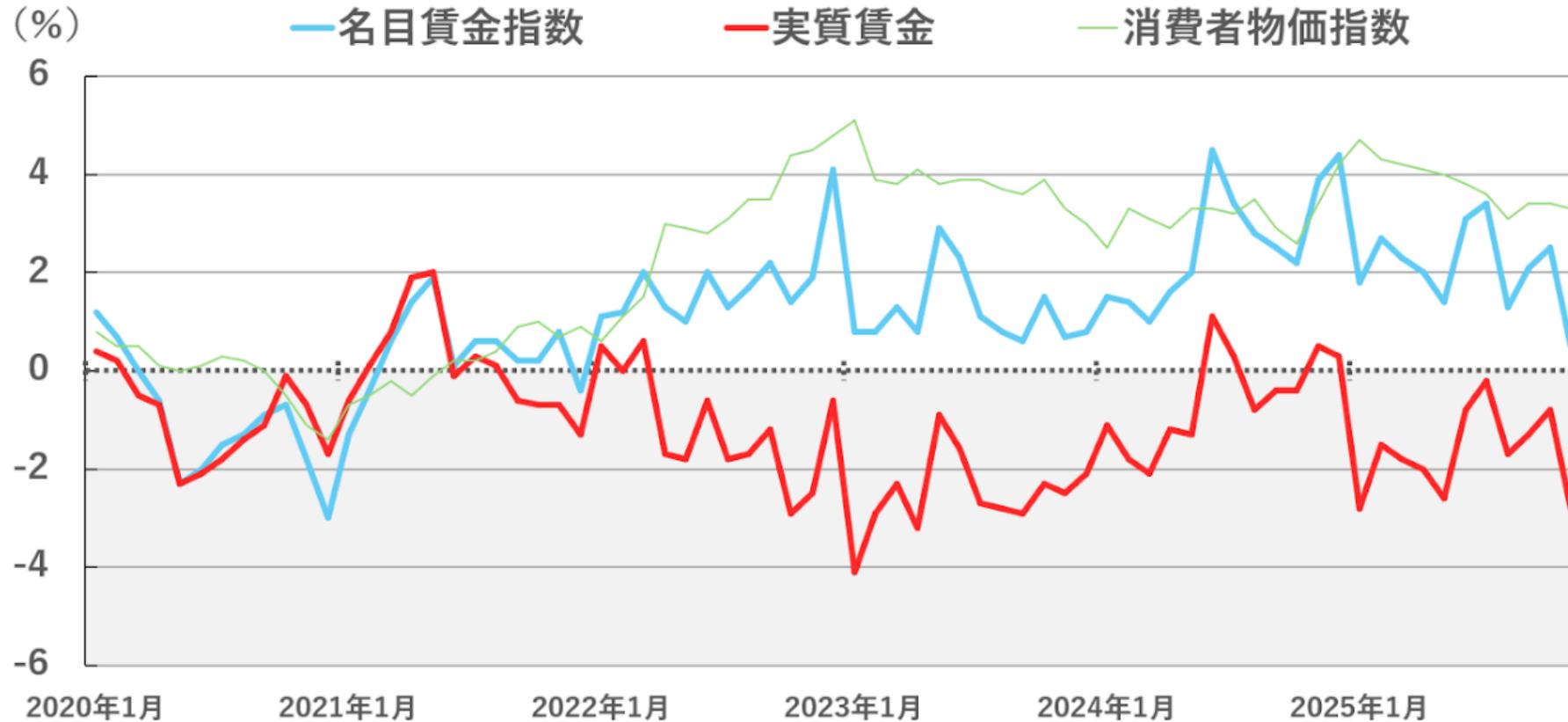
表3 財源別国民医療費

財源	令和5年度(2023)		令和4年度(2022)		対前年度	
	国民医療費 (億円)	構成割合 (%)	国民医療費 (億円)	構成割合 (%)	増減額 (億円)	増減率 (%)
総数	480 915	100.0	466 967	100.0	13 948	3.0
公費	180 331	37.5	176 837	37.9	3 494	2.0
国庫	119 252	24.8	117 912	25.3	1 340	1.1
地方	61 079	12.7	58 925	12.6	2 154	3.7
保険料	241 383	50.2	233 506	50.0	7 877	3.4
事業主	105 613	22.0	101 316	21.7	4 297	4.2
被保険者	135 770	28.2	132 189	28.3	3 581	2.7
その他 <sup>1)</sup>	59 201	12.3	56 625	12.1	2 576	4.5
患者負担(再掲)	56 865	11.8	54 395	11.6	2 470	4.5

注：1) その他は、患者負担及び原因者負担（公害健康被害の補償等に関する法律、健康被害救済制度による救済給付及び自動車損害賠償責任保険による支払い分）である。

賃金が物価上昇に追い付かなければ物価上昇分の社会保険料の獲得は難しいのでは  
≡名目賃金のマイナスが継続すれば中期的には診療報酬の改定率にも影響が・・・

### 名目賃金指数・実質賃金総額の増減率（消費者物価指数含む）

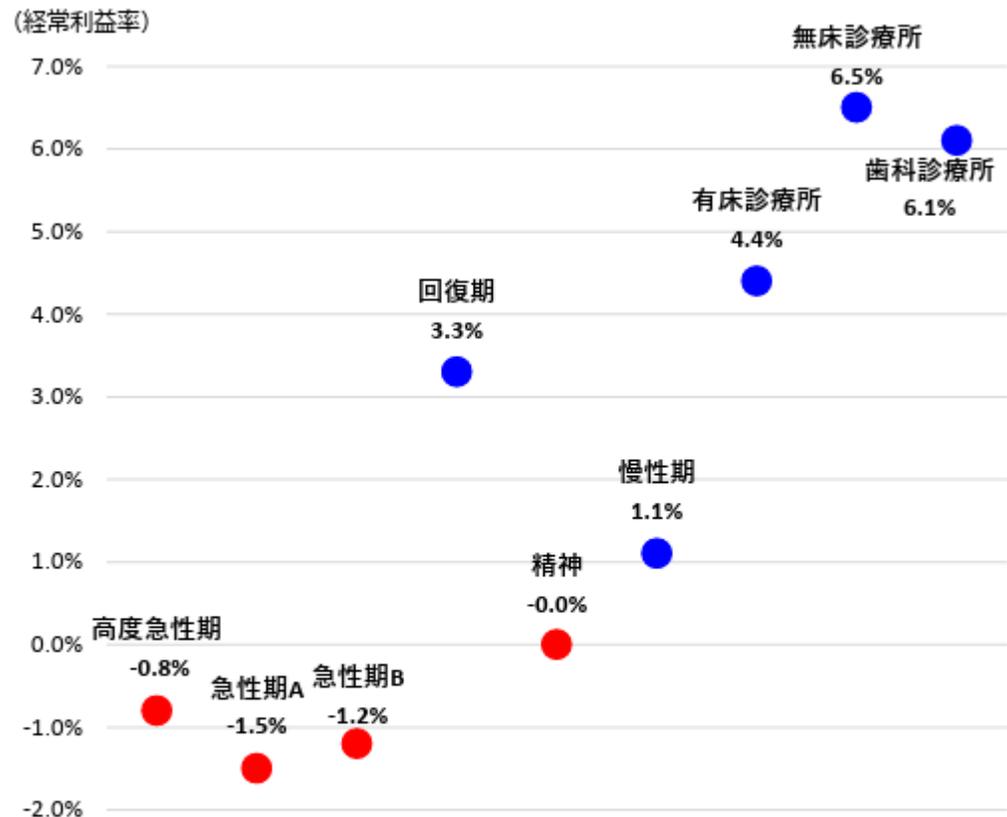


注1：実質賃金（総額）は、名目賃金指数（現金給与総額指数）を消費者物価指数で除して算出  
注2：実質賃金（総額）に用いた消費者物価指数は、「持ち家の」帰属家賃を除く総合で実質化したもの  
注3：2025年11月のみ速報値。その他は確報値。

出所：毎月勤労統計調査（厚生労働省）

# 経常利益率は事業内容により異なるため重みづけが行われるか

## ◆ 病院・診療所の機能・種類別経常利益率（1施設あたり）

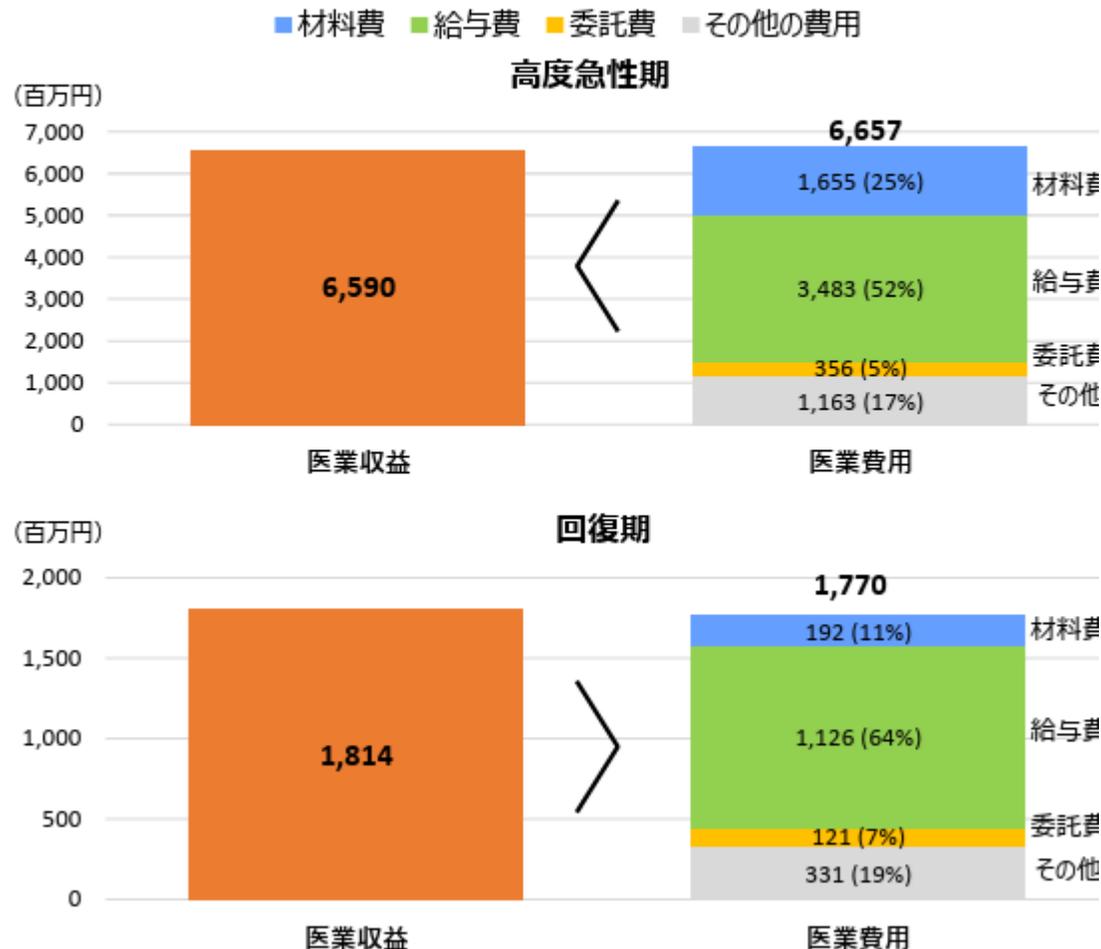


(出所) 厚生労働省「中央社会保険医療協議会総会」資料（2025年10月29日）  
 (注1) 厚生労働省の分析過程におけるデータ処理の関係で、「経営情報データベース」（2025年10月24日福祉医療機構公表分）に基づくデータとは計数に差異がある項目が存在することに留意が必要。  
 (注2) 高度急性期:急性期充実体制加算、総合入院体制加算、救命救急、ICU、HCU、SCUのいずれかを届出している病院。急性期A:急性期一般1の届出病床が50%を超える病院。急性期B:急性期一般2若しくは3の届出病床、急性期一般4～6の届出病床、地域一般1～3の届出病床のいずれかが50%を超える病院。回復期:地域包括ケア入院料の届出病床又は回復期リハビリテーション入院料の届出病床が50%を超える病院。精神:全病床に占める精神病床の割合が80%以上の病院。慢性期:療養病種入院料の届出病床が50%を超える病院。

出典：財政制度等審議会 財政制度分科会（11/11）《財務省》

## ◆ 病院の機能分類による収益費用構造の違い

✓ 高度急性期と回復期の費用構造を比較すると、高度急性期の方が費用に占める材料費の割合が高く、人件費の割合が低い。



# 2040年までに考えなければならないこと

日本をマクロ的に捉えた場合、

2040年までの約15年間で何を考えなければならないか？

## Key Point



2040年まで増え続ける高齢者の対応に向けた構造改革



2040年以降、急激な人口減少社会に対応するための着地点探し

# 新たな地域医療構想との連動

## 医療機関機能の考え方

- 医療機関機能に着目して、地域の実情に応じて、「治す医療」を担う医療機関と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、医療機関の連携・再編・集約化が推進されるよう、医療機関（病床機能報告の対象医療機関）から都道府県に、地域で求められる役割を担う「医療機関機能」を報告。地域の医療提供体制の確保に向けて地域で協議を行うとともに、国民・患者に共有。
- 二次医療圏等を基礎とした地域ごとに求められる医療提供機能、より広域な観点から医療提供体制の維持のために必要な機能を設定。
  - ・ 2040年頃を見据えて、人口規模が20万人未満の構想区域等、医療需要の変化や医療従事者の確保、医療機関の維持等の観点から医療提供体制上の課題がある場合には、必要に応じて構想区域を拡大。
  - ・ 従来の構想区域だけでなく、広域な観点での区域や、在宅医療等に関するより狭い区域を設定。新たな地域医療構想の策定・推進に向けて、地域に必要な医療提供体制の確保のため実効性のある議論に資するよう、区域ごとに議論すべき内容や議題に応じた主な参加者等についてガイドラインで明確化。

## 地域ごとの医療機関機能

### 主な具体的な内容（イメージ）

高齢者救急・地域急性期機能	・ 高齢者をはじめとした救急搬送を受け入れるとともに、必要に応じて専門病院や施設等と協力・連携しながら、入院早期からのリハビリ・退院調整等を行い、早期の退院につなげ、退院後のリハビリ等の提供を確保する。 ※ 地域の実情に応じた幅をもった報告のあり方を設定
在宅医療等連携機能	・ 地域での在宅医療の実施、他の医療機関や介護施設、訪問看護、訪問介護等と連携した24時間の対応や入院対応を行う。 ※ 地域の実情に応じた幅をもった報告のあり方を設定
急性期拠点機能	・ 地域での持続可能な医療従事者の働き方や医療の質の確保に資するよう、手術や救急医療等の医療資源を多く要する症例を集約化した医療提供を行う。 ※ 報告に当たっては、地域シェア等の地域の実情も踏まえた一定の水準を満たす役割を設定。また、アクセスや構想区域の規模も踏まえ、構想区域ごとにどの程度の病院数を確保するか設定。
専門等機能	・ 上記の機能にあてはまらない、集中的な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機能、有床診療所の担う地域に根ざした診療機能、一部の診療科に特化し地域ニーズに応じた診療を行う。

※ 高齢者医療においては、マルチモビリティ（多疾病併存状態）患者への治し支える医療の観点が重要

## 広域な観点の医療機関機能

- ・ 大学病院本院が担う、広域な観点で担う常勤医師や代診医の派遣、医師の卒前・卒後教育をはじめとした医療従事者の育成、広域な観点が求められる診療を総合的に担い、また、これらの機能が地域全体で確保されるよう都道府県と必要な連携を行う。

- ・ このほか、急性期拠点機能を担う医療機関等が行う、広域な観点での診療、人材の育成、医師の派遣等の役割についても、報告を求め、地域全体での機能の確保に向けた議論を行う。

出典：令和6年11月8日第11回新たな地域医療構想等に関する検討会資料

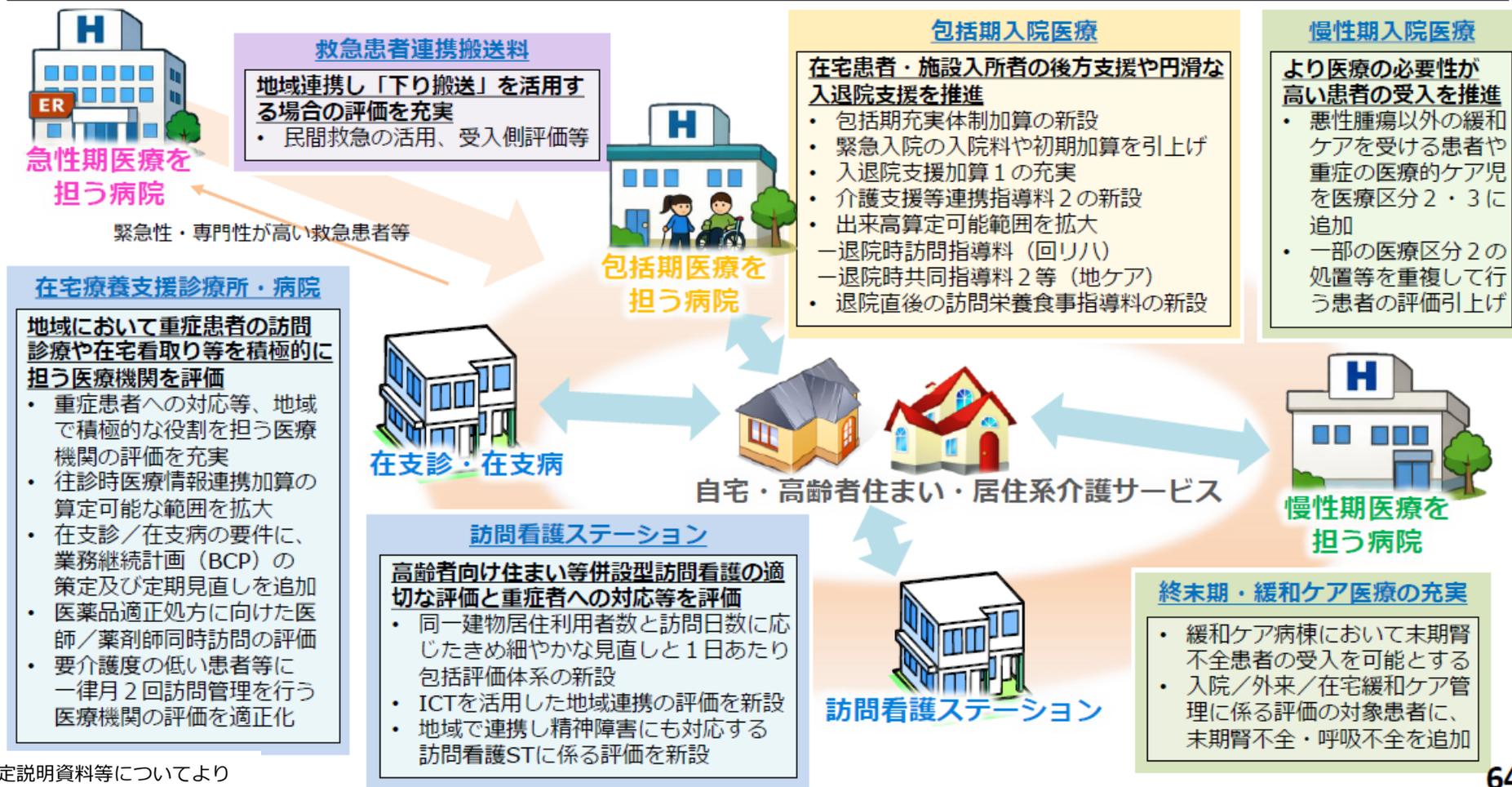
疾患別リハビリテーション料の見直し  
急性期病院B一般入院料の新設  
救急患者連携搬送料の見直し  
入退院支援加算等の見直し

急性期病院A一般入院料の新設  
急性期総合体制加算の新設  
救命救急、ICU、HCUの見直し  
DPCの見直し

# 新たな地域医療構想との連動

## 2040年とその先を見据えた地域包括ケアシステムの深化・推進

- 入院分野では、在宅・介護施設からの緊急入院の受け入れ、円滑な入退院の実現、高齢者で必要となるリハビリテーション・栄養管理・口腔管理の充実など見直しを実施。
- 在宅医療・訪問看護分野においては、平時からのICTを用いた情報連携に関する評価の見直し等を行うとともに、重症患者や住まいの特性に合わせて評価の見直しを実施。





# 令和8年診療報酬改定のポイント

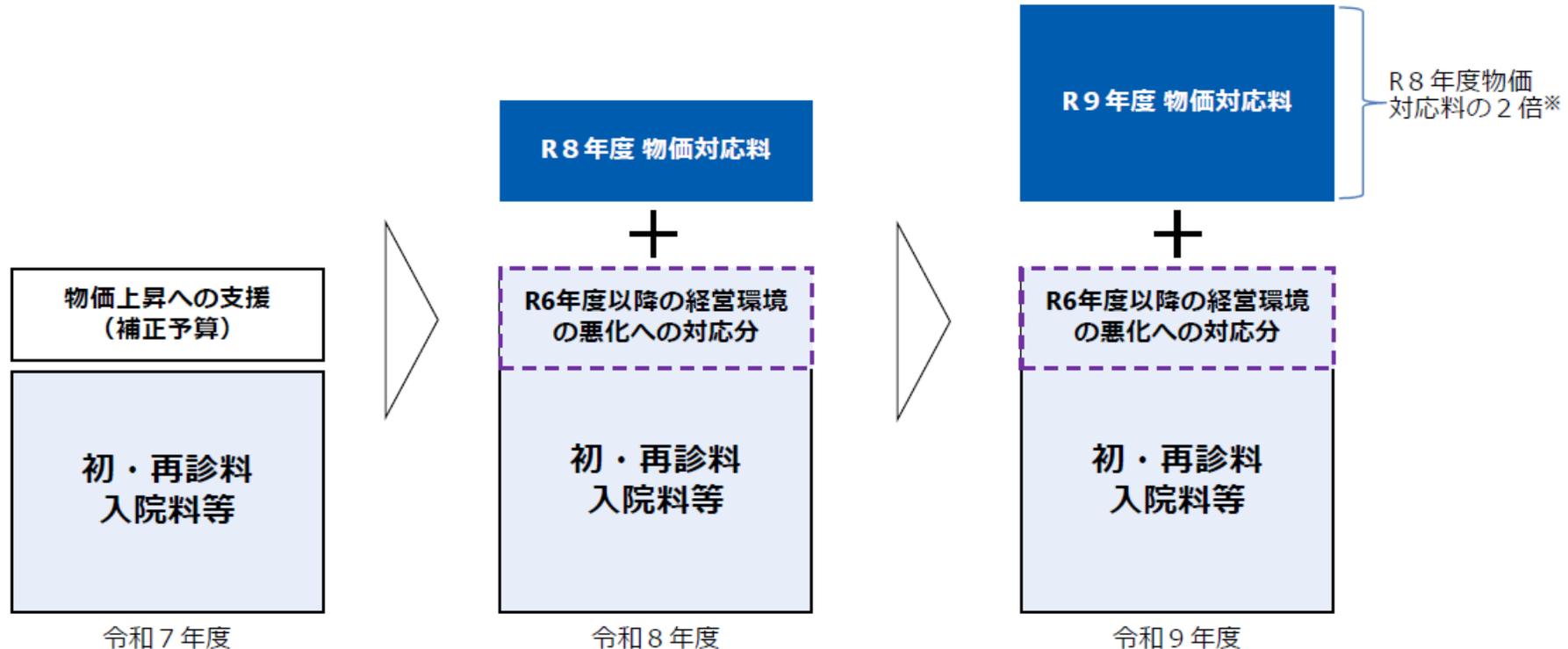


# 物価高騰に対する対応

## 物件費の高騰を踏まえた対応の全体像

### 基本的な方針

- 令和8年度以降の物価上昇への対応については、段階的に対応する必要があることを踏まえ、初・再診料等及び入院料等とは別に、初・再診時等及び入院料等の算定時に算定できる、物価対応料を新設する。
- 令和6年度診療報酬改定以降の経営環境の悪化への対応分については、令和8年度改定時に、初・再診料等及び入院料等の評価に含める。



# 届出入院料により増加率は異なる。特に旧7対1および小児医療に重みづけがされている

改定後に届け出る施設基準	改定前	改定後	+	物価対応料 (R8)	=	合計	改定による 増加点数	増加率
救命救急入院料1 3日以内の期間	11,847点	12,379点		223点		12,602点	755点	6%
特定集中治療室管理料1 7日以内	14,406点	14,980点		262点		15,242点	836点	6%
ハイケアユニット医療管理料1	6,889点	7,202点		129点		7,331点	442点	6%
新生児特定集中治療室管理料1	10,584点	10,931点		124点		11,055点	471点	4%
急性期病院入院料A	1,688点	1,930点		66点		1,996点	308点	18%
急性期病院入院料B+多職種協働	1,688点	1,898点		58点		1,956点	268点	16%
急性期一般入院料1	1,688点	1,874点		58点		1,932点	244点	14%
急性期一般入院料4	1,462点	1,597点		45点		1,642点	180点	12%
小児入院医療管理料1	4,807点	5,216点		79点		5,295点	488点	10%
小児入院医療管理料4	3,210点	3,361点		48点		3,409点	199点	6%
地域包括ケア病棟入院料1 (40日以内)	2,838点	2,955点		27点		2,982点	144点	5%
回復期リハビリテーション病棟入院料1	2,229点	2,346点		19点		2,365点	136点	6%
療養病棟入院基本料1 入院料1	1,964点	2,035点		18点		2,053点	89点	5%
障害者施設等入院基本料 10対1	1,375点	1,475点		19点		1,494点	119点	9%
緩和ケア病棟入院料1 30日以内	5,135点	5,277点		38点		5,315点	180点	4%



# 高度急性期・急性期

## 高度急性期・急性期を担う病床における主な改定内容

-	名称	主な見直し
改	救命救急入院料	<ul style="list-style-type: none"> <li>入院料の簡素化（4区分→2区分）</li> </ul>
改	ICU	<ul style="list-style-type: none"> <li>入院料の簡素化（5区分→3区分）</li> <li>実績要件追加：以下のいずれかを満たす（<u>年間実績／人口20万地域は基準の8割</u>） <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>救急1,000件以上／全麻1,000件以上／小児系病院：全麻500件以上</u></li> </ul> </li> <li>宿日直医師の緩和（ICU1～3のうち、2、3で取得可能に）</li> <li>看護必要度の見直しとSOFAスコアの厳格化（1割→●割へ）</li> </ul>
改	HCU	<ul style="list-style-type: none"> <li>実績要件追加：以下のいずれかを満たす（<u>年間実績／人口20万地域は基準の8割</u>） <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>救急1,000件以上／全麻1,000件以上／小児系病院：全麻500件以上</u></li> </ul> </li> <li>看護必要度の見直し（項目追加と基準引上げ）</li> </ul>
改	SCU	<ul style="list-style-type: none"> <li>実績要件追加（<u>超急性期脳卒中加算＋経皮的脳血栓回収術で年20件以上</u>）</li> </ul>
新	急性期病院A／B一般入院料	<ul style="list-style-type: none"> <li>急性期一般1の上位基準の新設</li> </ul>
改	重症度、医療看護必要度	<ul style="list-style-type: none"> <li>救急搬送受入件数を評価する内容を新設</li> <li>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）」、C項目「救命等に係る内科的治療」、「別に定める検査」、「別に定める手術」について、対象となる治療等を追加</li> </ul>

いよいよ手術症例や救急搬送の集約化に向けた議論がスタートした

2025年7月3日 入院・外来医療等の調査評価分科会

急性期機能の議論で最も重要なことは、「地域医療構想」における“急性期拠点機能”をどのように評価していくか。



新地域医療構想における【急性期拠点機能】

地域での持続可能な医療従事者の働き方や医療の質の確保に資するよう、**手術や救急医療等の医療資源を多く要する症例を集約化**した医療提供を行う。

※ 報告に当たっては、**地域シェア等**の地域の実情も踏まえた一定の水準満たす役割を設定。アクセスや構想区域の規模も踏まえ、構想区域ごとにどの程度の病院数を確保するか設定。

# 急性期拠点機能の整備目安（高齢者救急・地域急性期機能も非常に重要）

区域	現在の人口規模目安	急性期拠点機能
大都市型	<p>100万人以上</p> <p>※東京都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"> <li>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</li> <li>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</li> </ul> <p><b>複数拠点</b></p>
地方都市型	<p>50万人規模</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>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</li> </ul> <p><b>1～複数拠点</b></p>
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、急性期拠点機能の整備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"> <li>手術等の医療資源を広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</li> <li>地域の医療需要に応じて、高齢者救急・地域の慢性期機能や在宅医療等の機能をあわせて連携することも考えられる</li> </ul> <p><b>1拠点（+複数機能）</b></p>

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

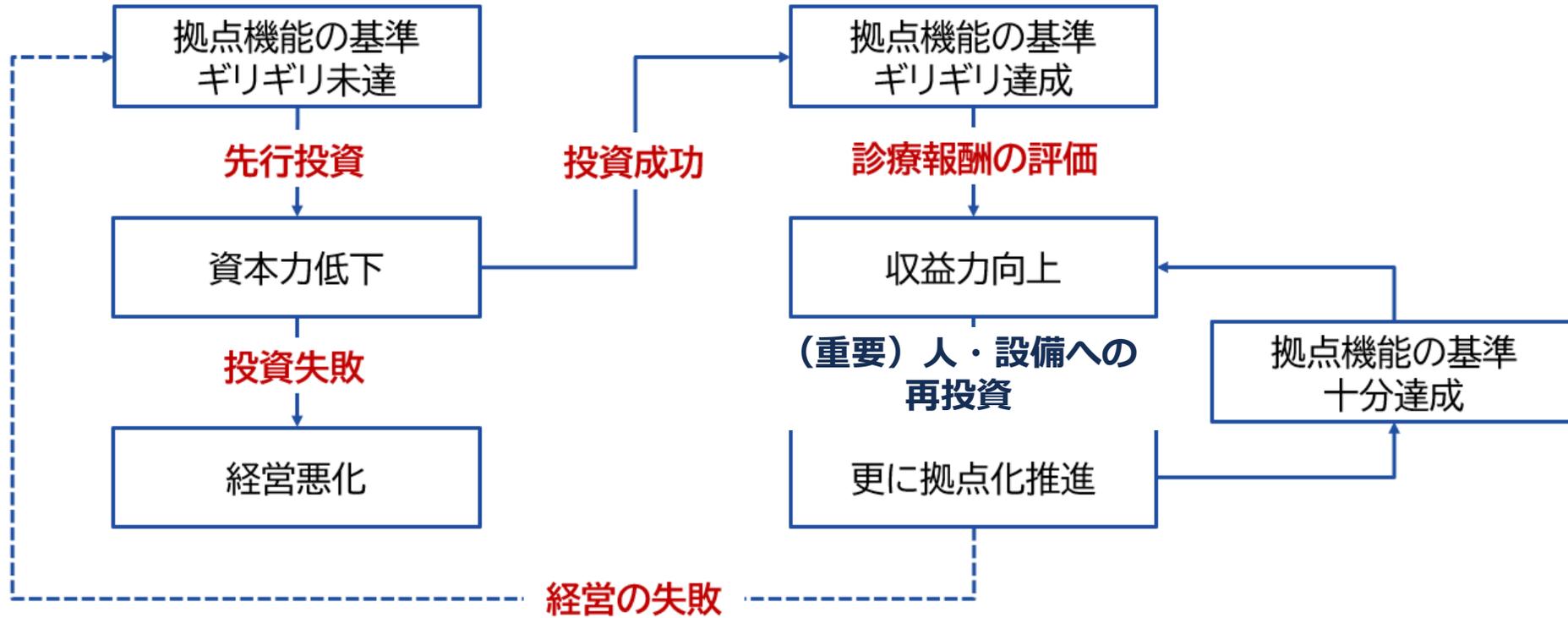
- 救急車受け入れ件数
- 各診療領域の全身麻酔手術件数
- 医療機関の医師等の医療従事者数
- 急性期を担う病床数・稼働率
- 医療機関の築年数、設備  
(例：手術室、ICU)



例えば、必要のない救急搬送増加や全身麻酔実施増加、機能分化の妨げなどが発生しないような考え方が必要

# 急性期機能の拠点化で起こり得る未来

一度開いた差は、二度と埋められないかもしれない。



今回の改定内容を踏まえて実績がギリギリの医療機関は無理に背伸びをすると  
将来の経営に対して致命傷になりかねない。冷徹に病院のポジショニングを見直す思考も非常に大切

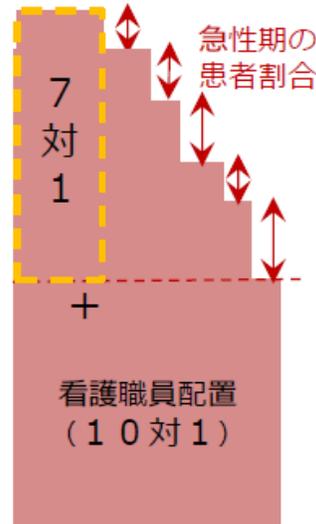
## 急性期における評価の見直し

- ▶ 地域で病院が果たしている救急搬送の受入や手術等の急性期機能に着目し、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病院一般入院基本料を新設**。
- ▶ 高齢者等が主に入棟する病棟において、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の維持・向上に係る取組を推進するため、看護職員や他の医療職種が協働して病棟業務を行う体制を評価する、**看護・多職種協働加算を新設**。

### 現行

- 病棟の急性期の患者割合に基づく評価

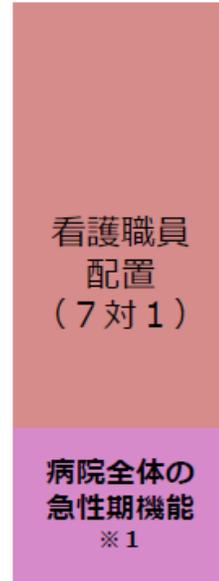
#### 急性期一般入院料 1～6



### 改定後

- 病院の急性期機能に着目した評価を新設 (急性期病院入院基本料)
- 看護・多職種協働の評価を新設

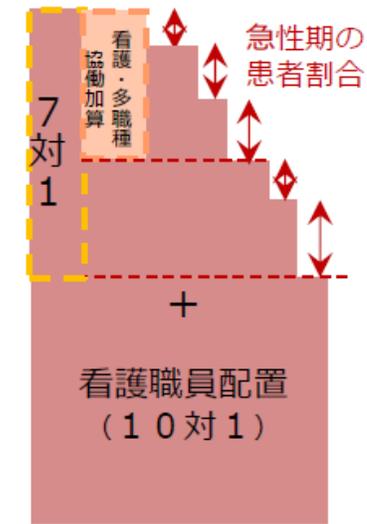
#### 急性期病院A 一般入院料



#### 急性期病院B 一般入院料



#### 急性期一般入院料 1～6



実績等に応じ  
医療機関が  
選択可能

- ※1 救急搬送2000件かつ全身麻酔手術1200件
- ※2 4つのうちいずれか (救急搬送1500件、救急搬送500件かつ全身麻酔手術500件、人口20万人未満地域の最大救急搬送病院 (救急搬送1000件以上)、離島地域の最大救急搬送病院)

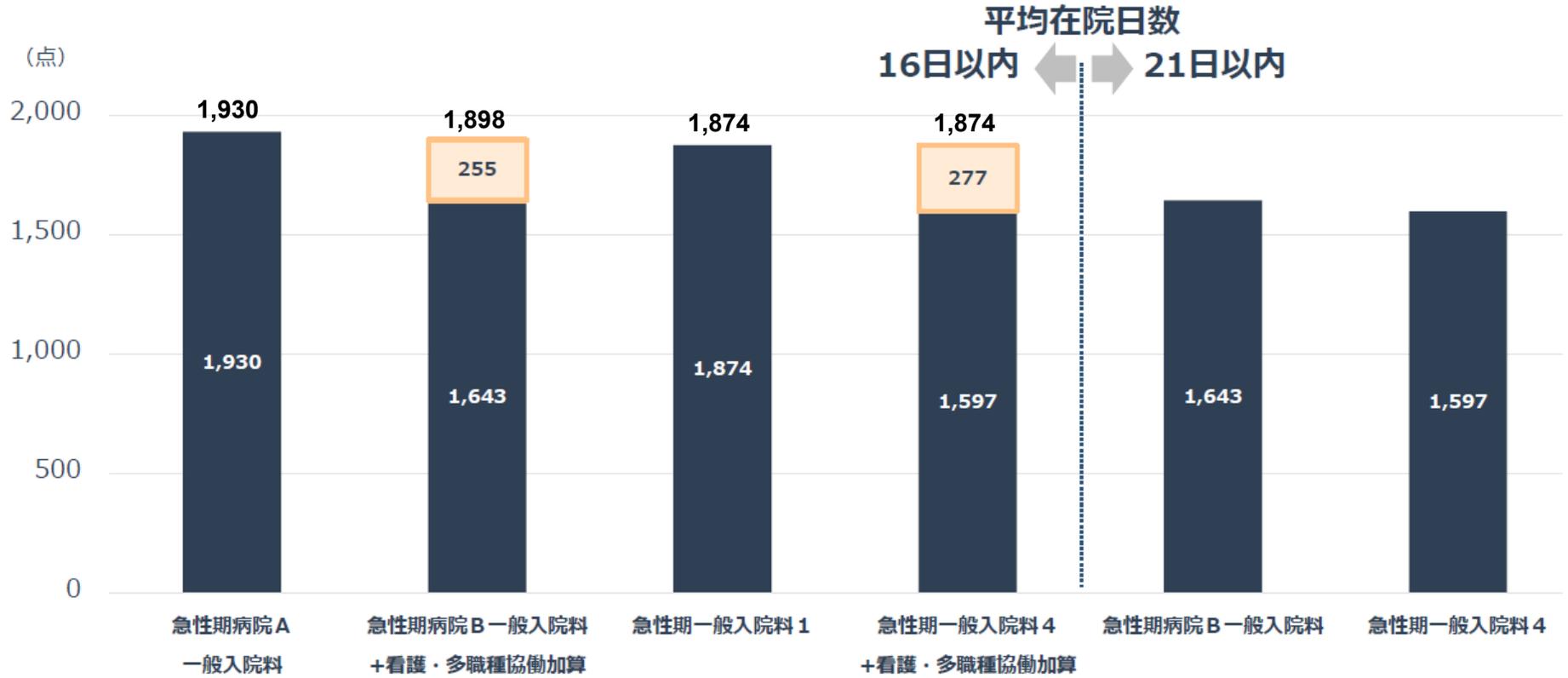
\*看護・多職種協働加算は入院料4に  
加算。

# (新) 急性期病院A/B一般入院料の基準の大枠

項目	急性期病院A	急性期病院B
看護配置	7対1 (月平均夜勤時間72時間要件等は従前どおり)	10対1
看護師比率	70%以上	
医師配置	入院患者数×10%以上(常勤)	標準配置
重症度医療看護必要度	<ul style="list-style-type: none"> <li>・必要度Ⅱにて評価(必要度Ⅱの基準)</li> <li>・特に高い基準を満たす患者の割合：27%以上</li> <li>・一定程度高い基準を満たす患者の割合：34%以上</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・必要度ⅠまたはⅡ(必要度Ⅱの基準は左記と同様)(必要度Ⅰの基準)</li> <li>・特に高い基準を満たす患者の割合：28%以上</li> <li>・一定程度高い基準を満たす患者の割合：35%以上</li> </ul>
救急搬送件数※1	年間2,000件以上	下記のいずれかを満たす <ul style="list-style-type: none"> <li>・救急搬送件数：年間1,500件以上</li> <li>・救急搬送件数：年間500件以上かつ全身麻酔手術：500件以上</li> <li>・(医療資源の少ない地域) 救急搬送件数が2次医療圏で最大かつ年間1,000件以上</li> </ul>
全身麻酔手術件数	年間1,200件以上	
夜間帯の救急搬送件数	救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数のうち、夜間時間帯(22時から翌朝8時までをいう。)に受け入れた救急搬送件数が1割以上あること。	
在宅復帰率	80%以上	—
平均在院日数	16日以内	21日以内
その他要件	24時間の画像診断・検査体制 看護管理者の研修受講(180時間以上、病院組織管理、医療安全、DX等)	
禁止要件	地域包括ケア病棟入院料の届出不可 地域包括医療病棟入院料の届出不可	地域包括医療病棟入院料の届出不可

※1：介護老人福祉施設、介護老人保健施設及び介護医療院に入所中の患者の救急搬送に関しては、救急搬送件数の計算に算入しない。

# 代表的な急性期の入院基本料



看護師配置	7対1	10対1 + 25対1 ≒ 実質7対1	7対1	10対1 + 25対1 ≒ 実質7対1
必要度	割合①：2割7分 割合②：3割4分	割合①：2割7分 割合②：3割4分	割合①：2割7分 割合②：3割4分	割合①：2割7分 割合②：3割4分
包括期の機能保有	地域包括ケア：× 地域包括医療：×	地域包括ケア：○ 地域包括医療：×	地域包括ケア：○ 地域包括医療：○	地域包括ケア：○ 地域包括医療：○
実績要件	救急2,000件 全麻1,200件	①救急1,500件 ②救急搬送500件 全麻500件以上	—	—

## (新) 看護・多職種協働加算について

診療報酬	点数	狙い・ポイント
看護・多職種協働加算 1	277点/日	<ul style="list-style-type: none"><li>加算 1 は急性期 4、加算 2 は急性期病院 B 一般入院料を算定している患者に対して算定可能。</li><li>生産年齢人口の減少に伴う医療従事者の確保が難しい中で、急性期 1 相当の重症度、医療看護必要度の高い患者を診ている医療機関に対して、看護職種以外での病棟業務を行う体制を評価する診療報酬。</li></ul>
看護・多職種協働加算 2	255点/日	

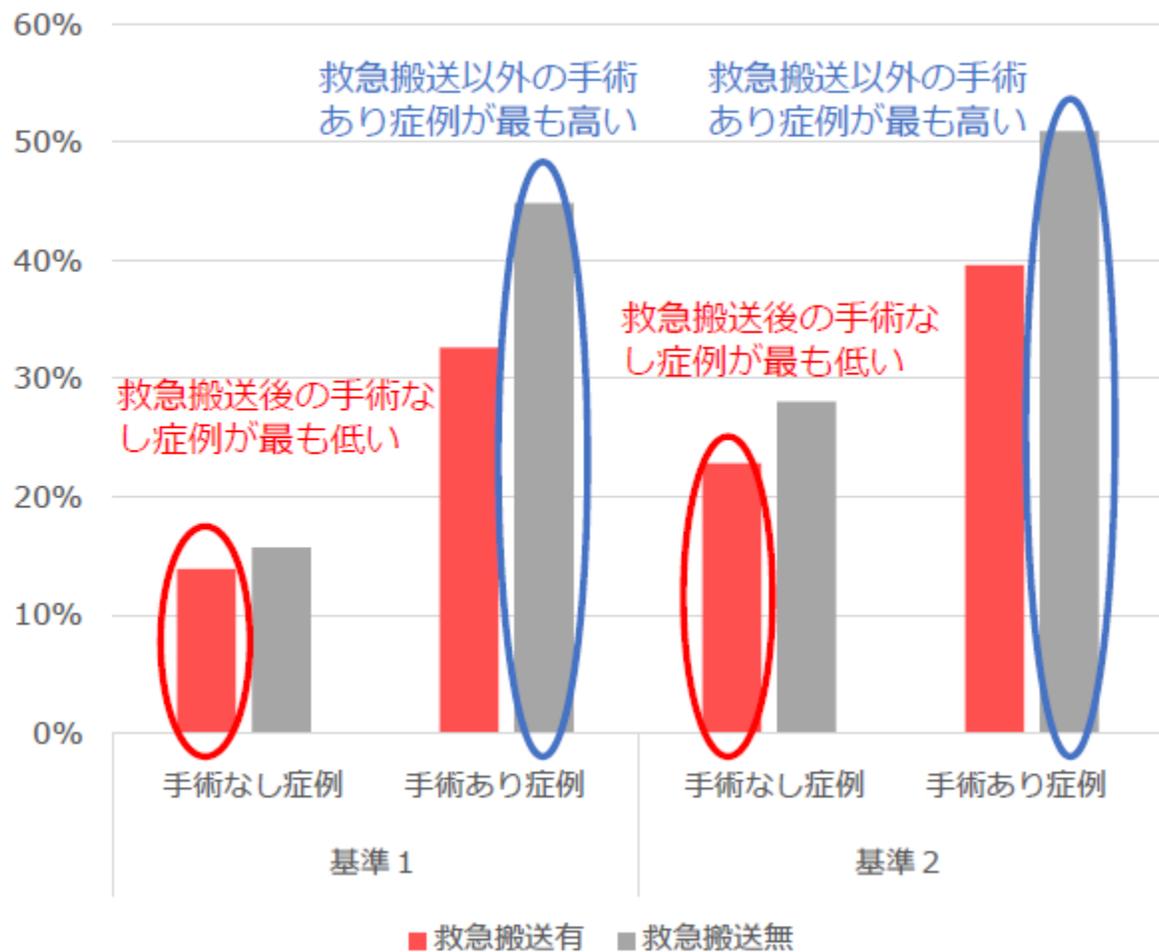
### 【施設基準】

1. 当該病棟において、一日に患者に指導及び診療の補助を行う看護職員及び他の医療職種の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が**二十五又はその端数を増すごとに一以上**であること。
2. 急性期医療を担う病院であること。
3. **急性期一般入院料 4** 又は**急性期病院 B 一般入院料**を算定する病棟であること。
4. 次のいずれかに該当すること。
  - 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**の病棟であること。
  - 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。
5. 当該病棟の入院患者の**平均在院日数が 16 日以内**であること。
6. 当該病棟を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**であること。
7. 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であること。
8. 当該病棟において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こと。
9. 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こと。

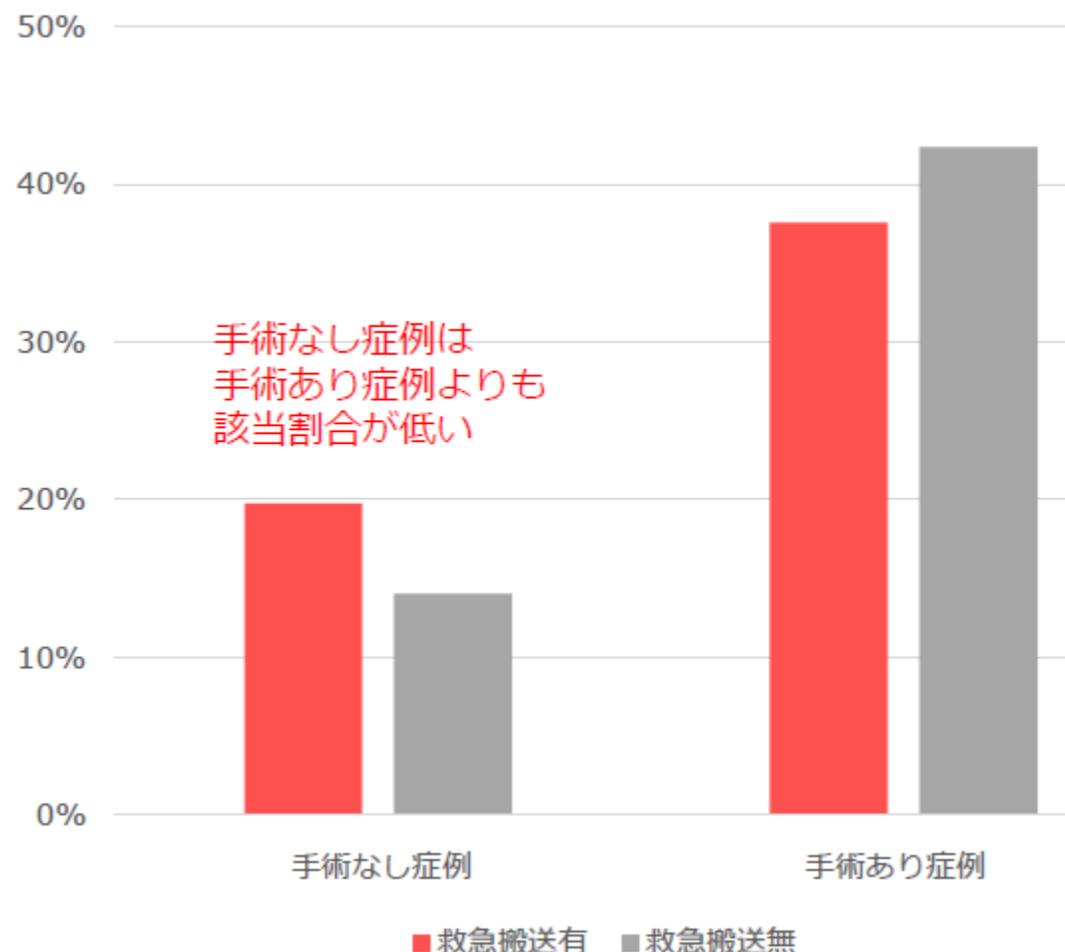
「急性期病院 B 一般入院料 + 看護多職種協働加算 2 (1,898点) 」  $\geq$  「急性期 1 (1,874点) 」 = 「急性期 4 + 看護多職種協働加算 1 (1,874点) 」

# 救急搬送別・手術の有無別重症度、医療・看護必要度該当割合

急性期一般入院料 1 の重症度該当割合

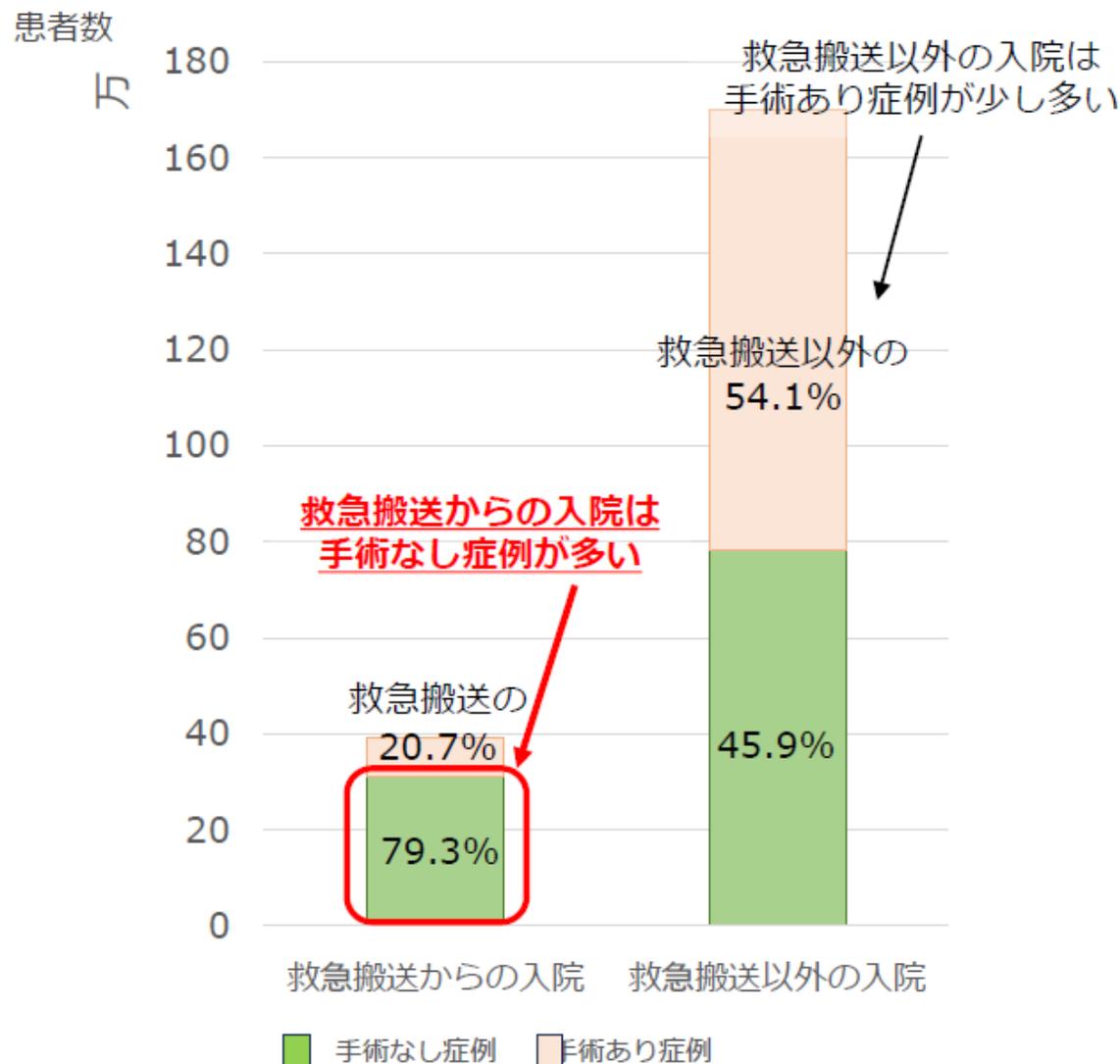


急性期一般入院料 4 の重症度該当割合

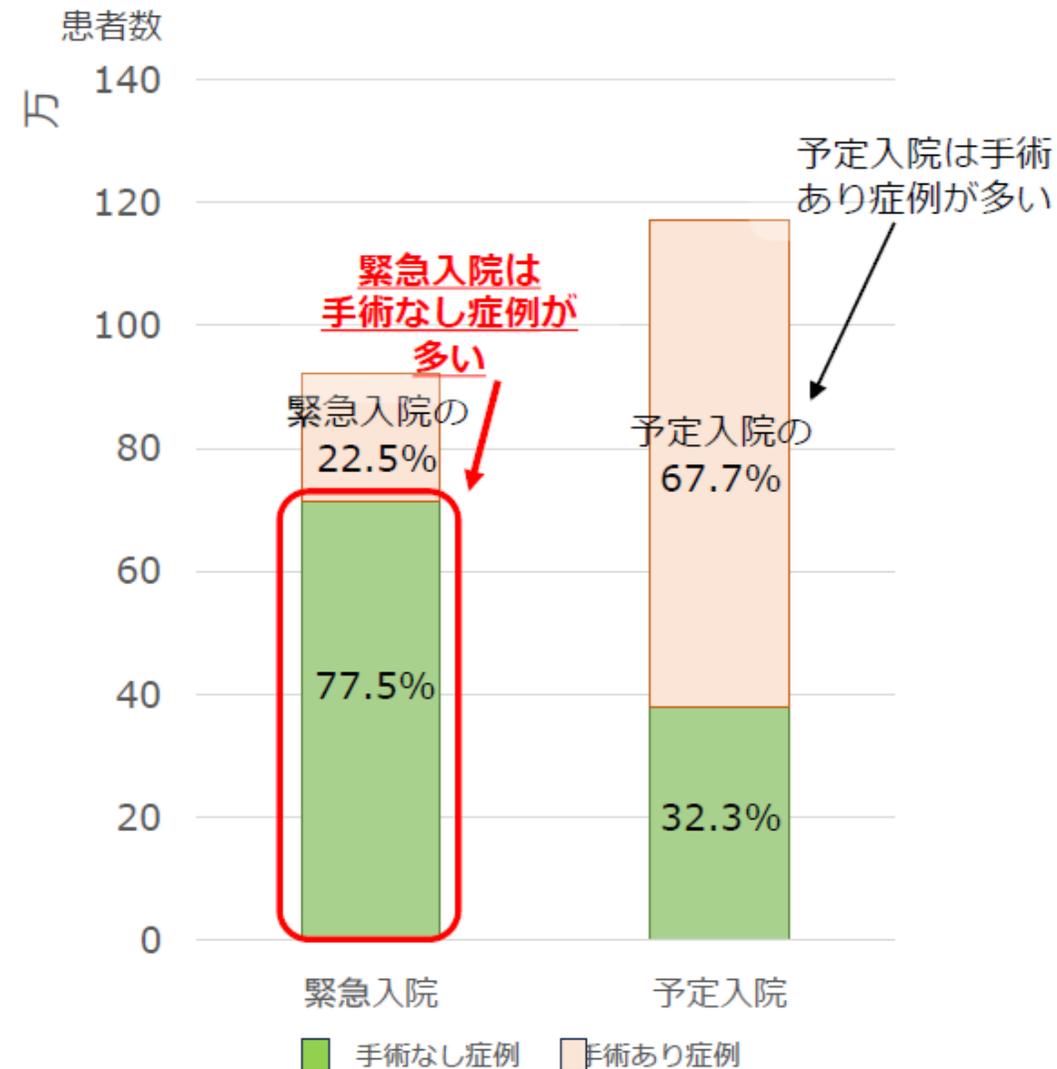


# 救急搬送からの入院や緊急入院に占める手術なし症例の割合

## 救急搬送からの入院と手術の有無



## 緊急入院と手術の有無



# 救急搬送患者の評価の重みを増す方法について

## ②の指数化を軸として検討が進むと予想

現在は、各患者が重症度、医療・看護必要度の基準を満たすかどうかを判別し、該当患者割合を算出している

(例)



①救急搬送(※)の受け入れによる入院後の該当日数を増やす  
→該当患者割合が増える

(例)



該当日数を大きく延長すると、入院へのインセンティブや、入院日数延長へのインセンティブが生まれるのではないかと。

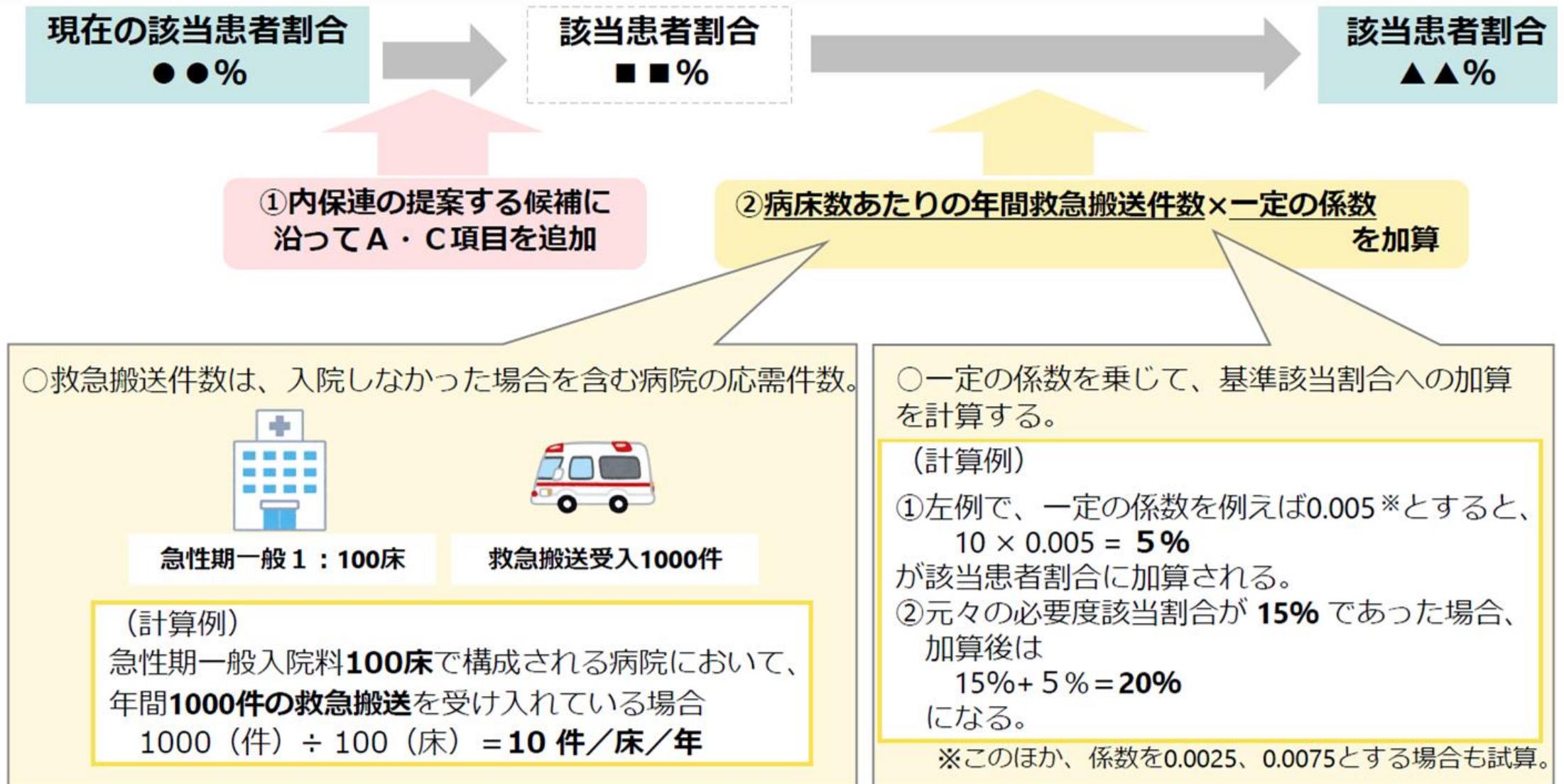
②救急搬送(※)の受け入れを指数化して該当患者割合に合算  
→合算した値が増える

(例)



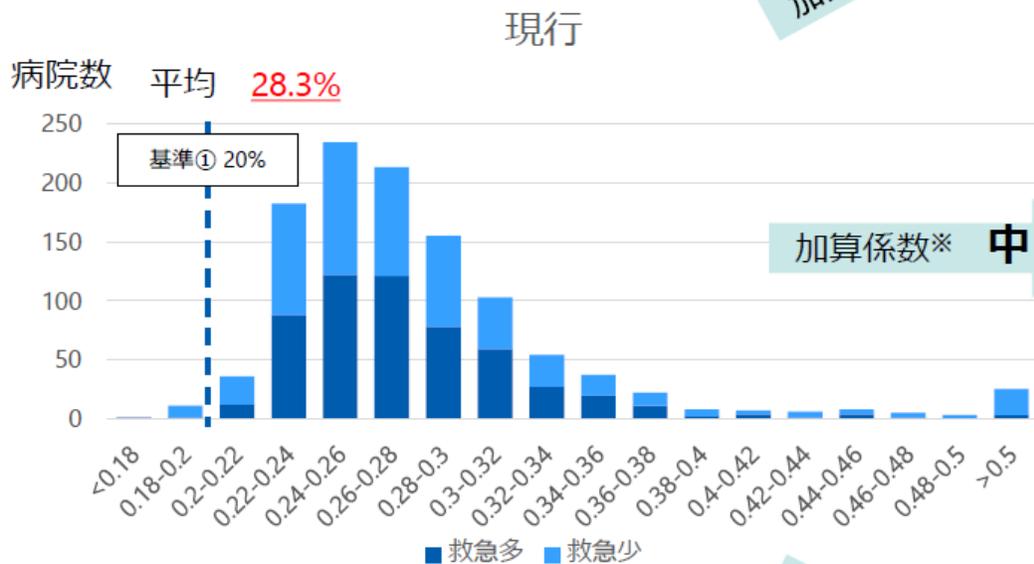
入院しない場合や、退院までの日数が短い場合についても評価対象に含めることができるため、入院延長へのインセンティブが生まれない。

# 救急搬送の指数化シミュレーション



# AC項目 + 救急搬送受入件数の加算係数シミュレーション加味した場合

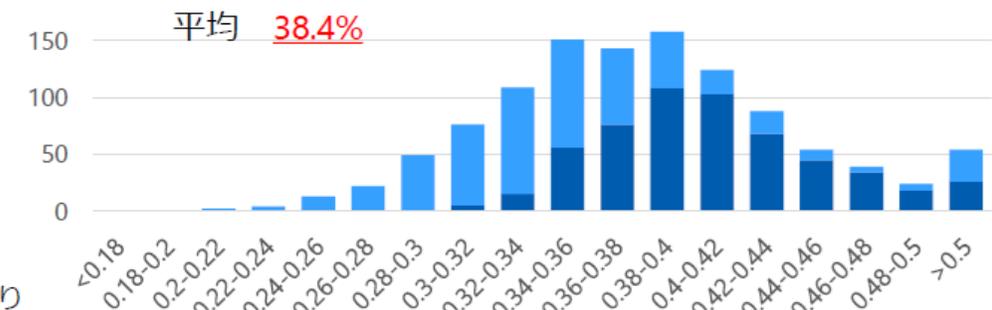
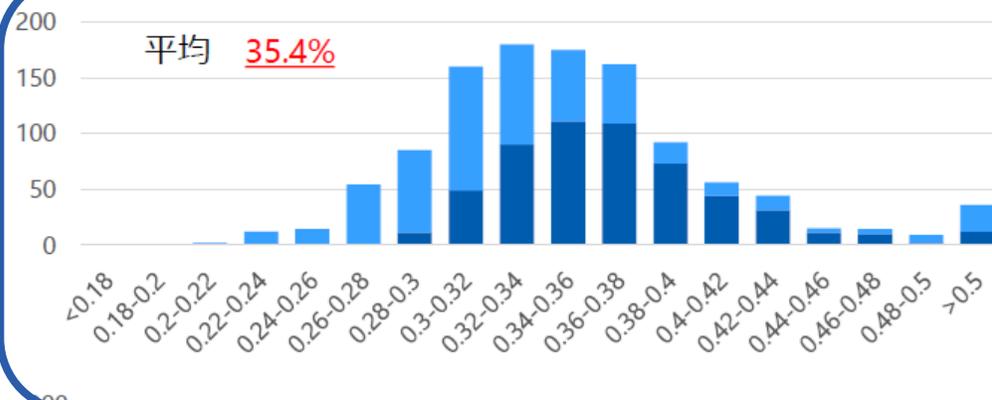
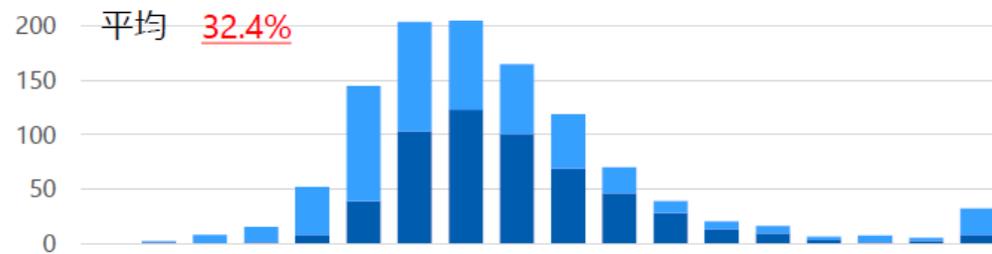
※急性期病棟100床あたりの救急搬送受入件数が年1000件の場合に5%加算される場合(係数0.005)を中として、その1.5倍(1000件あたり7.5%)を高、0.5倍(1000件あたり2.5%)を低として算出。



必要度Ⅱであり、救急応需件数の記録が確認できた1110病院を対象に集計。救急搬送受入件数の群は、中央値である急性期病棟100床あたり応需件数換算年1160件を境に分類した。

出典：DPCデータ(2025年1月～3月)、救急応需件数は令和5年度病床機能報告より

## AC項目追加 + 救急搬送受入件数の加算を行った場合



# 重症度、医療看護必要度が現状程度維持されるには 救急搬送受入件数を100床あたり1,400台以上必要か

入院料の区分	必要度Ⅱ		必要度Ⅰ	
	改定後	現行	改定後	現行
急性期病院A一般入院料	割合①：2割7分 割合②：3割4分	(新設)	割合①：2割8分 割合②：3割5分	(新設)
急性期病院B一般入院料	割合①：2割7分 割合②：3割4分	(新設)	割合①：2割8分 割合②：3割5分	(新設)
急性期一般入院料1	割合①：2割7分 割合②：3割4分	+7% 割合①：2割0分 割合②：2割7分	割合①：2割8分 割合②：3割5分	割合①：2割1分 割合②：2割8分
急性期一般入院料2	2割7分	+6% 2割1分	2割8分	2割2分
急性期一般入院料3	2割3分	+5% 1割8分	2割4分	1割9分
急性期一般入院料4	1割9分	+4% 1割5分	2割	1割6分
急性期一般入院料5	1割4分	+3% 1割1分	1割5分	1割2分
7対1入院基本料 (特定機能病院等)	割合①：2割7分 割合②：3割4分	+7% 割合①：2割0分 割合②：2割7分	—	—

一般病棟入院基本料100床に対して救急搬送受入件数1,000件受け入れると救急患者応需係数として5%加算  
旧7対1相当の入院料は7%と基準とすると100床に対して救急搬送受入件数1,400件以上受け入れてはじめて現状維持が想定される。  
急性期病院A,B一般入院料の要件がフォーカスされているが、実際には必要度維持のための要件の方が高いハードルが設けられているか。

# 急性期充実体制加算、総合入院体制加算は統合された

## 急性期総合体制加算の新設③

加算区分 (1-7日/8-11日/12-14日)	急性期総合体制加算 1 (530点/290点/210点)	急性期総合体制加算 2 (470点/230点/150点)	急性期総合体制加算 3 (440点/200点/120点)	急性期総合体制加算 4 (360点/150点/90点)	急性期総合体制加算 5 (300点/120点/60点)
入院基本料の届出	急性期病院A一般入院料を届け出ている <u>加算5については急性期病院B一般入院料の届出でも可</u>				
救急医療体制	救命救急センター又は高度救命救急センターの設置		2次救急医療機関又は救命救急センター等の設置等		
総合性	内科、精神科、小児科、外科、整形外科、脳神経外科及び産科又は産婦人科について標榜・入院医療を提供している。 (地域医療構想調整会議で合意を得た場合に限り、小児科、産科又は産婦人科の標榜・入院医療の提供を行ってなくても良い。)				
	精神科につき24時間対応できる体制があること		イ及びロを満たす		イ又はロを満たす
	<u>精神患者の入院受入体制がある</u>		イ 精神科リエゾンチーム加算又は認知症ケア加算1の届出 ロ 精神疾患診療体制加算2又は救急搬送患者の入院3日以内の入院精神療法若しくは救命救急入院料の注2の加算の算定件数が年間20件以上		
手術等の集積性 (年間の実績)	全身麻酔手術2000件以上		全身麻酔手術1200件以上	全身麻酔手術800件以上 (地域最多救急病院を除く)	
	下記アからキのうち6つ以上及びク、ケ	下記アからキのうち4つ以上及びク又はケ	下記アからキのうち5つ以上	下記アからキのうち3つ以上及びク又はケ	下記アからク及びロのうち2つ以上
	ア 悪性腫瘍手術400件以上 エ 心臓胸部大血管手術60件以上(加算1及び3では100件) 力 脳神経外科手術50件以上* ク 分娩件数100件以上 コ 医療提供機能連携加算の届出(地域最多救急病院が加算5を算定する場合に限る) ※地域最多救急病院が加算5を算定する場合、急性期脳卒中加算等10件以上を満たすことで差支えない	イ 腹腔鏡下又は胸腔鏡下手術400件以上 キ 放射線治療(対外照射法)200例以上 ケ 6歳未満の手術40件以上	ウ 心臓カテーテル法手術200件以上 オ 消化管内視鏡手術600件以上		
医療提供機能に係る要件	<ul style="list-style-type: none"> <li>画像診断及び検査、調剤を24時間実施できる体制を確保している</li> <li>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等の治療室の届出</li> <li>院内迅速対応チームの設置、対応方法のマニュアルの整備等を行っている</li> <li>一般病棟における平均在院日数が14日以内</li> <li>一般病棟の退棟患者に占める、同一の保険医療機関の一般病棟以外の病棟に転棟したものの割合が、1割未満</li> <li>日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている病院又はこれに準ずる病院である</li> </ul>				
併届出等に係る要件	<ul style="list-style-type: none"> <li>療養病棟入院基本料又は地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)の届出を行っていない(地域最多救急病院等が加算5を算定する場合を除く)</li> <li>地域包括医療病棟入院料の届出を行っていない</li> <li>特定の保険薬局との間で不動産取引等その他の特別な関係がない(令和6年3月31日以前に賃貸借関係にある場合を除く)</li> <li>同一建物内に特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護医療院又は介護療養型医療施設を設置していない(平成30年3月に総合入院体制加算に係る届出を行っており、当該施設を設置している場合を除く)</li> </ul>				
その他共通の施設基準	<ul style="list-style-type: none"> <li>医療従事者の負担軽減及び処遇改善に資する体制整備</li> <li>入退院支援加算1又は2の届出</li> <li>敷地内禁煙に係る取組</li> </ul>				
基準①割合指数(必要度I/II)	3割3分/3割2分	3割2分/3割1分	3割/2割9分	2割9分/2割8分	2割8分/2割7分
基準②割合指数(必要度I/II)	4割/3割9分	3割9分/3割8分	3割7分/3割6分	3割6分/3割5分	3割5分/3割4分

## 人口20万人未満の地域の拠点病院における要件の緩和

### 急性期病院B一般入院料における要件の緩和

- ▶ 人口20万人未満の地域での救急搬送受入状況等を踏まえ、急性期病院B一般入院料において、地域の特性に配慮した病院機能に関する要件を施設基準として設定する。

<b>(新)</b> 急性期病院一般入院基本料	<b>(新)</b> 急性期病院精神病棟入院基本料
□ 急性期病院B一般入院料	□ 急性期病院B精神病棟入院料
1,643点	(1) 10対1入院基本料 1,502点
	(2) 13対1入院基本料 1,145点
	(3) 15対1入院基本料 949点

#### [施設基準]

急性期医療に係る実績として以下のいずれかを満たすこと。

- 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件以上であり、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**であり、かつ**年間で1,000件以上**であること
- **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**であること

### 急性期総合体制加算5における要件の緩和

- ▶ 人口20万人未満の地域において、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を評価する。

<b>(新)</b> 急性期総合体制加算5	
イ 7日以内の期間	300点
ロ 8日以上11日以内の期間	20点
ハ 12日以上14日以内の期間	60点

#### [施設基準]

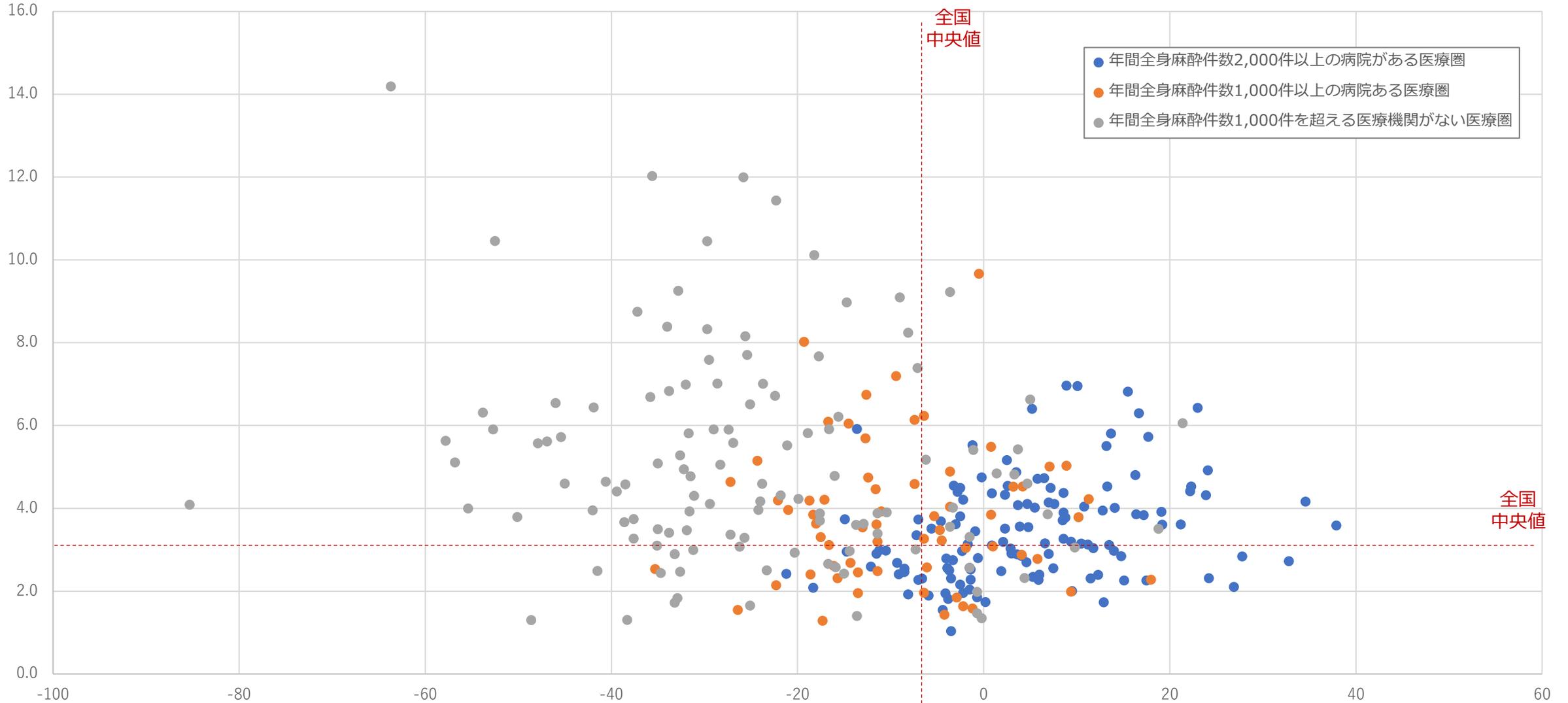
- 急性期病院一般入院基本料を算定する病棟を有する病院であること。
- 総合的な急性期医療を提供する必要な体制と、実績が一定程度あること。
- 急性期の治療を要する精神疾患を有する患者等に対する診療を行うにつき必要な体制又は実績を有していること。
- 地域包括医療病棟入院料、地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料）、療養病棟入院基本料に係る届出を行っていないこと。（**人口20万人未満の地域における救急搬送件数が最大の医療機関については、地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料）又は療養病棟入院基本料に係る基準を除く。**）

長野県は  
以下が該当

上小  
諏訪  
上伊那  
飯伊  
木曾  
大北  
北信

# 全身麻酔1,000件、2,000件対応できる病院の配置状況と医療圏における一般病床の流出入割合は連動している

一般病床流出入割合×人口10万人対急性期病棟を報告する医療機関数



## 施設基準別救急搬送件数と全身麻酔件数の基準（イメージ）

	急性期総合体制加算						急性期病院一般入院料				救命救急ICU	HCU
	1	2	3	4	5	5+人口 20万人 未満	A	B		B+人口 20万人 未満		
救急搬送件数	2,000件 以上	2,000件 以上	2,000件 以上	2,000件 以上	500件 以上	地域最多 救急病院 +1,000 件以上	2,000件 以上	1,500件 以上	500件 以上	地域最多 救急病院 +1,000 件以上	1,000 件以上	1,000 件以上
全身麻酔件数	2,000件 以上	2,000件 以上	2,000件 以上	1,200件 以上	800 件以上	—	1,200件 以上	—	500件 以上	—	1,000件 以上	500件 以上

※いずれか ※いずれか

**20万人未満の地域において急性期総合体制加算、急性期病院一般入院料は条件が緩和されている。**

**全身麻酔件数の目安は人口10万人に対して2,000～2,500件程度。**

**例えば15万人程度の医療圏であれば3,000～3,750件程度。**

**流出割合にもよるが安定して急性期総合体制加算1～3を安定しようとするには  
ほぼ全身麻酔8割以上集約する必要があるか**

## (参考) 長野県における医療圏別人口

三 次 医 療 圏	二次医療圏						
	圏 域	区 域	市町村数	人 口 (人)	面 積 (km <sup>2</sup> )	所 在 保 健 所	
県 域	東 信	佐 久	小諸市、佐久市、南佐久郡、北佐久郡	11	202,230	1,571.18	佐 久
		上 小	上田市、東御市、小県郡	4	190,208	905.37	上 田
	南 信	諏 訪	岡谷市、諏訪市、茅野市、諏訪郡	6	189,178	715.75	諏 訪
		上伊那	伊那市、駒ヶ根市、上伊那郡	8	176,235	1,348.40	伊 那
		飯 伊	飯田市、下伊那郡	14	150,288	1,928.89	飯 田
	中 信	木 曾	木曾郡	6	23,980	1,546.15	木 曾
		松 本	松本市、塩尻市、安曇野市、東筑摩郡	8	418,541	1,868.74	松 本 松本市
		大 北	大町市、北安曇郡	5	54,525	1,109.65	大 町
		北 信	長 野	長野市、須坂市、千曲市、埴科郡、上高井郡、上水内郡	9	521,874	1,558.00
	北 信		中野市、飯山市、下高井郡、下水内郡	6	79,294	1,009.45	北 信
県 計			77	2,007,647	13,561.58		

(注) 人口は令和5年4月1日現在(長野県総合政策課統計室「毎月人口異動調査」)

県計人口と市町村人口との推計方法が異なるため、地域計を合算しても県計とは一致しない。

### 別紙4

人口20万人以下の地域(急性期病院一般入院基本料及び急性期総合体制加算の施設基準に規定するもの)

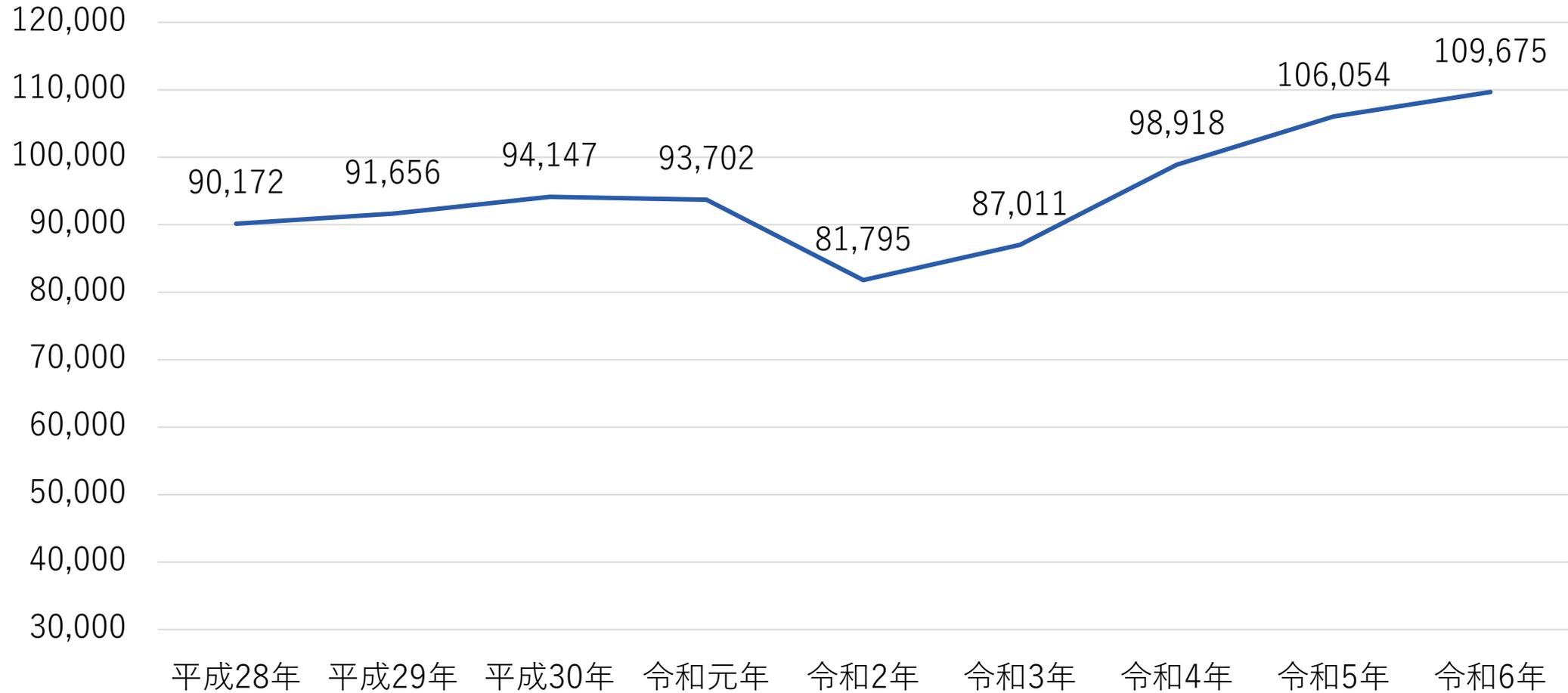
都道府県	二次医療圏	市町村
長野県	上小	上田市、東御市、青木村、長和町
	諏訪	岡谷市、諏訪市、茅野市、下諏訪町、富士見町、原村
	上伊那	伊那市、駒ヶ根市、辰野町、箕輪町、飯島町、南箕輪村、中川村、宮田村
	飯伊	飯田市、松川町、高森町、阿南町、阿智村、平谷村、根羽村、下條村、売木村、天龍村、泰阜村、喬木村、豊丘村、大鹿村
	木曾	上松町、南木曾町、木祖村、王滝村、大桑村、木曾町
	大北	大町市、池田町、松川村、白馬村、小谷村
	北信	中野市、飯山市、山ノ内町、木島平村、野沢温泉村、栄村

(出典) 令和8年診療報酬改定について「基本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」

**地域の定義は構想区域ではなく2次医療圏で設定されている。**

# 救急医療は需要が増大し続けている

## 長野県における総救急搬送人員



出典:各年の「救急搬送における医療機関の受入れ状況等実態調査の結果」より弊社作成

# 高齢者救急かつ軽症な救急搬送受入後の入院手続きは一部簡素化可能か

## 入院診療計画、身体的拘束最小化についての基準の変更

- 入院診療計画の基準について、**入院期間が2日以内**であると見込まれる場合等であって、診療や退院後の治療や生活に支障がないと認められる患者に対して入院診療に関する必要な説明を行った場合は、**患者への文書を用いた説明及び交付は行わなくても差し支えない**こととする。さらに、**医師や患者等の署名は不要とし、説明日及び説明者を診療録に記載**することとする。
- **身体的拘束最小化の基準**は、令和6年度改定で新設された部分を「体制に係る基準」と位置づけたうえで、**実績や取組に係る基準を新設**し、体制のみを満たし実績等を満たさない場合は、入院基本料等を20点減算することとする。

### 身体的拘束最小化の体制に係る基準（R6改定～）

- ・身体的拘束を行う場合は実施状況や緊急やむを得ない理由を記録
- ・身体的拘束最小化チームの設置
- ・身体的拘束の実施状況把握、指針の作成、定期的な研修実施等

### 身体的拘束最小化の実績等に係る基準（R8改定で新設）

- いずれかを満たすこと
- ・身体的拘束の実施割合が1割5分以下
- ・身体的拘束の最小化に向けて、委員会や職員向け研修の開催、巡回等により、解除に向けた具体的な取組を行うこと

○（満たしている）	○（満たしている）	減算なし
○（満たしている）	×	20点減算
×	×	40点減算

## 入院中の患者への家族等による面会に係る基準の新設

- 正当な理由なく**入院中の患者に対する家族等による面会を妨げない**よう、入院基本料等の通則及び入退院支援加算に新たに規定を設ける。

### [施設基準]

#### 第五 病院の入院基本料の施設基準等 一通則

- (10) **入院中の患者への家族等による面会については、感染対策等の正当な理由なく面会を妨げないよう、面会に係る規定を策定する等の配慮をすることが望ましい。**

※特定入院料の施設基準等においても同様。

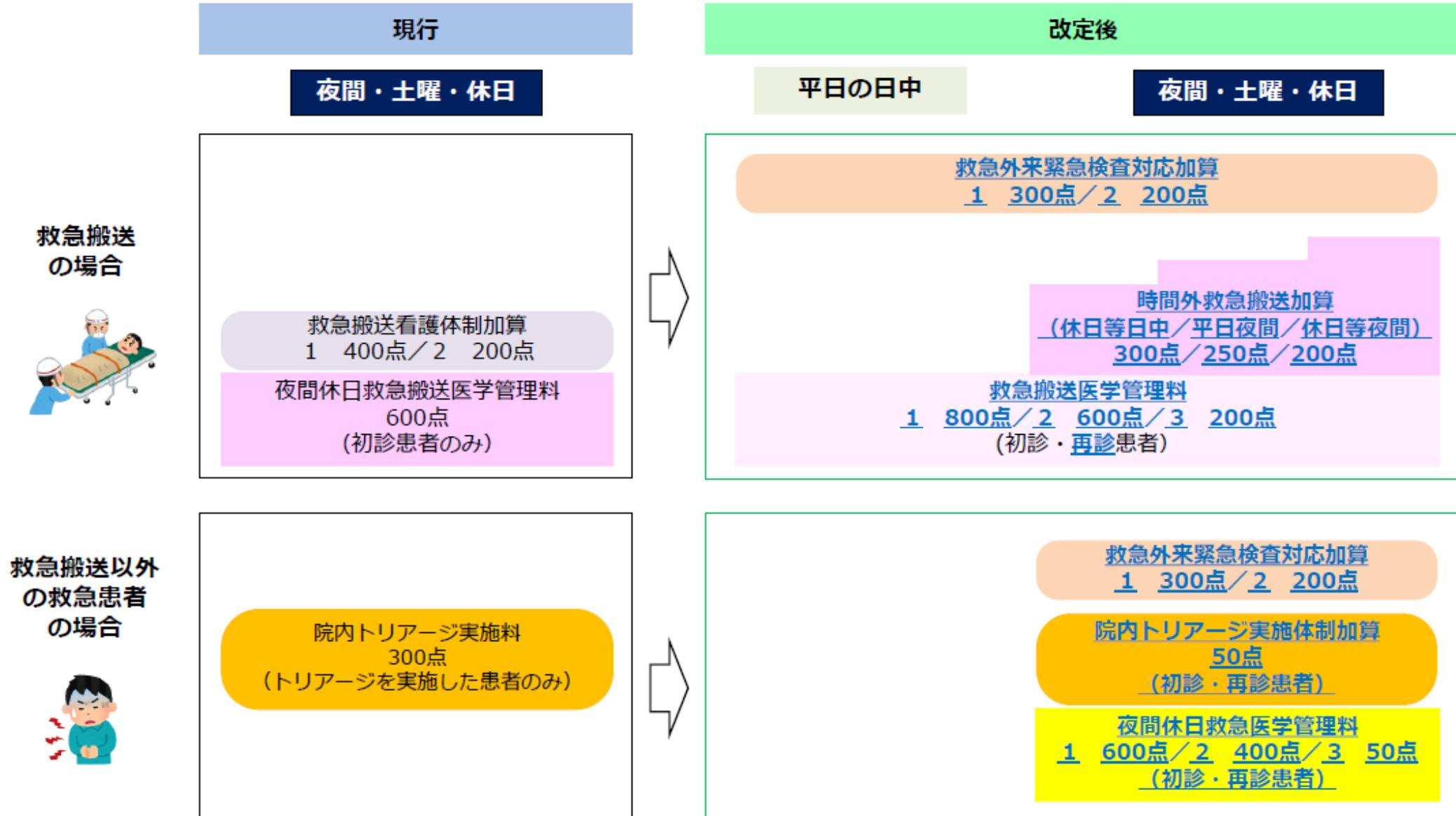
## 事務等の簡素化・効率化

- 医療機関等における医療DXへの対応及び業務の簡素化を図る観点から、診療に係る様式の簡素化や署名・記名押印の見直し、施設基準等に係る届出や報告事項を見直す。
  - 医療DXへの対応を見据え、既存の様式も含め、各種様式の共通項目については、可能な範囲で記載の統一を図る。
  - 入院診療計画書のような業務負担の大きい計画書やその他煩雑な計画書について、様式の簡素化や運用の見直しを行うとともに、各種様式の署名又は記名・押印について、代替方法で担保できるものは廃止する。

【廃止】 院内で使用したり、院内で直接患者に手渡されるものは、署名又は記名・押印を廃止（記名のみ）	入院診療計画書、リハビリテーション実施計画書、生活習慣病療養計画書 等
【一部簡素化】 他機関に交付される書類であっても、2回目以降や直接手渡すなど作成した医療機関から送付されたものであることが明らかな場合は、署名又は記名・押印を省略可	診療情報提供書、保険医療機関間の病理診断に係る情報提供様式 等

- 施設基準等届出のオンライン化を引き続き進めるとともに、円滑にオンライン化が進むよう、届出様式の削減や届出項目を最小化する。
- 施設基準等の適合性や診療報酬に関する実績を確認するために、毎年、地方厚生（支）局長や厚生労働省に報告を求めている様式について、他に代替方法がないものや次期報酬改定に必要なものに限定するとともに、添付書類の省略等の簡素化を図る。
- 歯科診療報酬において保険適用について事前承認を求めるとされているもののうち、通知等で明確化されているものを、事前承認の対象から除外する。

# 救急外来医療に係る評価の再編



# 救急外来医学管理料の主な施設基準等

		救急外来医学管理料		
		救急搬送医学管理料 1 夜間休日救急医学管理料 1 救急外来緊急検査対応加算 1	救急搬送医学管理料 2 夜間休日救急医学管理料 2 救急外来緊急検査対応加算 2	救急搬送医学管理料 3 夜間休日救急医学管理料 3
対象患者	(救急搬送医学管理料) 救急用の自動車及び救急医療用ヘリコプターにより緊急に搬送された患者 (夜間休日救急医学管理料) 時間外、休日又は深夜において救急外来を受診した患者（救急用の自動車等により緊急に搬送された患者を除く。）			
	(緊急検査対応加算) 血液検査、細菌培養検査、注射（皮内、皮下及び筋肉内注射並びに静脈内注射を除く。）、処置（留置カテーテル設置、消炎鎮痛等処置及び腰部又は胸部固定帯固定を除く。）、CT検査、MRI検査を実施した患者			
病院の機能・実績等	<ul style="list-style-type: none"> <li>休日又は夜間における救急医療の確保のために診療を行っていると思われる第二次救急医療機関、第三次救急医療機関又は精神科救急医療施設である</li> <li>夜間又は休日において入院治療を必要とする重症患者に対して救急医療を提供する日を地域の行政部門、医師会等の医療関係者及び救急搬送機関等にあらかじめ周知している</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>救急病院等を定める省令に基づき認定された救急病院又は救急診療所である</li> </ul>		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>救急搬送件数が年1,500件（別表に掲げる人口の少ない地域においては、年1,200件）以上である</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>救急搬送件数が年800件（別表に掲げる人口の少ない地域においては、年640件）以上である</li> </ul>		
施設の基準	<b>職員の配置</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>専任の医師（宿日直可）が常時、救急外来近くに勤務。勤務シフトには救急外来診療の経験を5年以上有する医師を2名以上含む。</li> <li>専任の看護師が常時、救急外来内に勤務。時間帯及び救急外来の業務状況に応じ、複数名の配置が望ましい</li> <li>地域及び医療機関の実情に応じて、専任の救急救命士が救急外来において適切な業務を担うことが考えられ、その際には当該救急救命士に対して、院内研修を実施していることが望ましい</li> <li>手術に必要な麻酔科医及び手術室の看護師が緊急呼出し当番により、緊急手術を開始できる体制が常時確保されている</li> <li>救急外来を受診した患者に対して、調剤及び検査等を行うにつき必要な薬剤師、臨床検査技師及び診療放射線技師が常時、医療機関内に配置されている</li> <li>院内の職員に対して、救急に関する教育コースを年1回以上実施</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>専任の医師（宿日直可）が、救急外来診療を応需する時間帯において常に、救急外来近くに勤務。</li> <li>専任の看護師が、救急外来診療を応需する時間帯において常に、救急外来内に勤務。</li> <li>院内の職員に対して、救急に関する教育コースを年1回以上実施又は当該コースの受講推奨を職員に周知し、受講状況を年1回以上把握</li> </ul> <p>※施設基準の体制を取る時間以外の時間帯に救急外来診療を実施した場合には、管理料2は算定できない。</p>		
		<b>救急外来の施設</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>救急外来診療を実施するための専用の診察室及びベッドを有する区画を設けている</li> <li>救急外来診療を行うための区画に必要な救急蘇生装置等を常時備えている（ICU等と隣接している等の要件を満たせば、共用でも可）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>救急外来を受診した患者に対して、血液検査、CT撮影、MRI撮影を実施できる体制が常時確保されている</li> <li>救急外来を受診した患者に対して、血液検査、CT撮影を実施できる体制が確保されている（CT撮影を実施する従事者は緊急呼出し当番でも可）</li> </ul>	
地域の救急医療に関する取組等	<ul style="list-style-type: none"> <li>業務継続計画（BCP）を策定し、当該BCPに基づいた災害訓練を年1回以上実施</li> <li>以下のいずれかが二つ以上を満たしている</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>以下のいずれかを満たしている</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>ア メディカルコントロール協議会、救急医療対策協議会又は救急患者受入コーディネーター確保事業に関わる会議への参加</li> <li>イ 消防機関の実施するウツタイン様式調査への協力</li> <li>ウ 当該保険医療機関に勤務する医師（当該保険医療機関から消防機関等に派遣されている医師を含む。）が、消防機関に属する救急救命士からの特定行為の実施に係る指示要請に対応</li> <li>エ 地域の関係機関（都道府県、医師会、救急医療機関、消防機関等）との間で、定期的に連携体制の構築及びその向上等を目的とした検討会を開催</li> <li>オ 救急救命士の病院実習の受け入れ</li> <li>カ 在宅医療関係者と救急医療関係者の協議の場に参加し、在宅療養等に関する救急搬送についての情報共有ルールの策定等を行っている</li> </ul>			

# 下り搬送の見直し

## 救急患者連携搬送料の見直し

- ▶ 高次の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及び受入を更に推進する等の観点から、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、入院前に搬送を行う場合の評価を引き上げるとともに、自院等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。

現行	改定後
<b>【救急患者連携搬送料】</b>  (新設) 1 入院中の患者以外の患者の場合 1,800点 2 入院初日の患者の場合 1,200点 3 入院2日目の患者の場合 800点 4 入院3日目の患者の場合 600点 (新設)	<b>【救急患者連携搬送料】</b> 1 <u>救急患者連携搬送料1</u> イ <u>医師、看護師又は救急救命士が同乗して搬送する場合</u> (1) 入院中の患者以外の患者の場合 2,400点 (2) 入院初日の患者の場合 1,200点 (3) 入院2日目の患者の場合 800点 (4) 入院3日目の患者の場合 600点 ロ <u>その他の場合</u> (1) 入院中の患者以外の患者の場合 1,000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

- 搬送先医療機関においても連携体制の確保や患者の受入れを更に推進する観点から、搬送先医療機関において入院医療を行うことについての評価を新設する。

<u>(新)</u>	<u>2 救急患者連携搬送料2</u>	
イ	<u>医師、看護師又は救急救命士が同乗して搬送する場合</u>	<u>800点</u>
ロ	<u>その他の場合</u>	<u>200点</u>

### 【算定要件】

- 2のイについては、他の保険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対して、自院の医師、看護師又は救急救命士が同乗の上、自院へ搬送を行い、入院させた場合に、入院初日に限り算定する。この場合において、救急搬送診療料については別に算定できない。
- 2のロについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、他の保険医療機関で救急患者連携搬送料1のイ又はロ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する。

### 【施設基準】

- 特定機能病院、救命救急センターを有している保険医療機関及び急性期総合体制加算の届出を行っている保険医療機関のいずれにも該当しない保険医療機関であること。
- 救急患者の転院体制について、連携する他の保険医療機関等との間であらかじめ協議を行っていること。

- 搬送先医療機関への搬送時間が長期間となる場合においても円滑な転院搬送を推進する観点から、医師、看護師又は救急救命士が同乗して長時間(30分超)搬送を行う場合の評価を新設する。

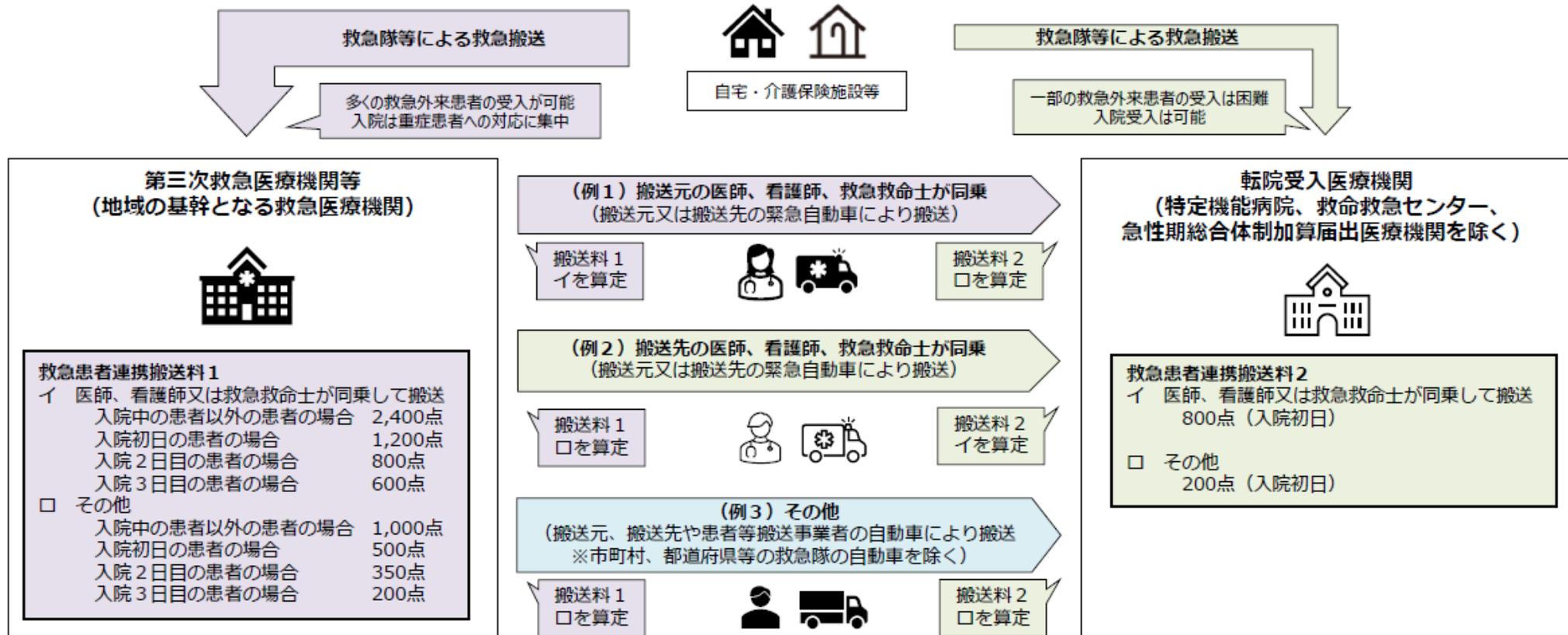
<u>(新)</u>	<u>長時間加算</u>	<u>700点</u>
------------	--------------	-------------

# 救急患者連携搬送料の見直し全体像

## C001-2 救急患者連携搬送料

➤ 転院搬送における消防機関の負担の軽減を含む、地域における医療資源の効率的な活用の観点から、**第三次救急医療機関等が高度で専門的な知識や技術を要する患者に十分対応できるように他の保険医療機関と連携し、初期診療を行った医療機関以外の医療機関で対応可能な患者を初期診療後に搬送することを評価**したもの。

※ より高度で専門的な体制を有する医療機関に搬送する場合や、初期診療を行った医療機関において入院医療の提供を行っていない診療科に係る入院医療を提供するために搬送する場合等は、算定できない。



### 長時間加算 700点

➤ 医師、看護師又は救急救命士が同乗して搬送する場合に、当該搬送に要した時間が30分を超えた場合に所定点数に加算する。

# 病棟再編パターンイメージ

## ①急性期1 + HCU + 地ケアを算定する400床規模のDPC病院の場合

多	パターン	内容	メリット	デメリット
	①急性期病院A一般入院料 + HCU + 急性期総合体制加算 (地ケア廃止)	地域包括ケア病棟を廃止し、高度な急性期機能に特化するモデル	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 急性期病院A一般入院料 (1,930点) の高い基本料に加え、「急性期総合体制加算」を取得することで、急性期病床における単価が大幅に上がる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 地ケア病棟を廃止するため、急性期治療を終えた患者を院内で受け入れる機能が失われる。</li> <li>✓ 必要度を維持するためには、地域の回復期・慢性期病院への転院調整がこれまで以上に求められる</li> </ul>
実績	★まずは最優先に狙う ②急性期病院A一般入院料 + HCU + 地ケア (経過措置)	<p style="text-align: center;"><b>分岐</b></p> <p style="text-align: center;"><b>地ケア運用次第</b></p> 本来、急性期病院Aは地ケア病棟の併設が不可だが、改定の経過措置を利用して現状のケアミックスを維持するモデル	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 急性期病院Aの高い基本料 (1,930点) を獲得しつつ、院内に地ケア病棟を残すことができるため、退院支援のバッファ機能を維持でき、病床稼働を安定させやすい</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 経過措置を利用するため、経過措置が終了した際には、地ケアの廃止か基本料のダウングレードの決断を迫られる</li> </ul>
	③急性期病院B一般入院料 + 看護・多職種協働加算2 + HCU + 地ケア	急性期病院Bへ移行しつつ、新設の「看護・多職種協働加算」を取得し、地ケアも維持するモデル	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 急性期病院Bの基本料は1,643点だが、ここに「看護・多職種協働加算2 (255点)」を上乗せすることで、合計1,898点となり、急性期一般1 (1,688点) を大きく上回る単価となる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 看護・多職種協働加算を取得するためには、看護配置基準を超えて、リハビリ職や管理栄養士等を病棟に常時配置する必要があるか？</li> </ul>
	④急性期一般入院料1 + HCU + 地ケア + 地域包括医療病棟	現行の体制を維持し、オーソドックスな急性期と後方支援のケアミックスを続けるモデル	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 急性期病院A・Bに求められるような新たな施設基準 (特定の救急・手術件数など) の制約を受けにくく、現在の診療体制を大きく変えずに運用できる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 急性期一般1の点数 (1,688点) は、急性期病院A (1,930点) と比較すると低く、今後の物価高騰や賃上げに対応する原資の確保において、他モデルに見劣りする</li> <li>✓ HCUも維持できない可能性が生じる。</li> </ul>
	少			

# 病棟再編パターンイメージ

## ②急性期1 + 地ケアを算定する200床以下のDPC病院の場合（人口20万人以下の地域）

多

実績

少

パターン	内容	メリット	デメリット
①急性期病院B + 急性期総合体制加算5 + 看護・多職種協働加算2 + 地ケア	高単価路線	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 人口20万人以下の地域であり、救急件数が最大であるため、現在のケアミックス体制（地ケア）を一切崩すことなく、急性期病院B一般入院料と急性期総合体制加算5を上乗せでき、収益向上が見込める</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 急性期総合体制加算の要件として、急性期の精神疾患患者等に対する診療体制が求められる（詳細は告示を要確認）</li> </ul>
<p>★まずは優先で目指すべき</p> ②急性期病院B + 看護・多職種協働加算2 + 地ケア	次点での高単価路線	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 急性期病院B一般入院料（1,643点）に看護・多職種協働加算2（255点）を上乗せすることで、合計1,898点となり、急性期病院A（1,930点）に匹敵する高い単価となる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 看護・多職種協働加算を取得するためには、看護配置基準を超えて、リハビリ職や管理栄養士等を病棟に常時配置する必要があるか？</li> </ul>
③急性期一般入院料1 + 地ケア + <b>地域包括医療病棟</b>	従来路線	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 実績要件が求められず、看護必要度の実績のみを意識すれば、届出が可能</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 「急性期病院A・B」に移行する他院と比較して、賃上げや物価高騰に対応する原資の確保が難しくなる</li> </ul>
④地域包括医療病棟 + 地ケア （※急性期一般を全廃）	DPC退出路線（ケアミックス化）	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 地域包括医療病棟は1日3,050点という高い包括点数が設定されており、また、「許可病床数200床未満で急性期病棟を持たない病院」となるため、新設の「包括期充実体制加算（80点）」が取得できる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ DPC退出による収益性が低下。地域における「急性期病院」としての立ち位置を変更することになるため、他病院との機能分担の再構築が必要になる</li> </ul>



# DPC

## DPC/PDPSの見直し（全体概要）

### 基礎係数の見直し

- 基本的な考え方については従前の設定方法を維持し、医療機関群を設定する。
- DPC標準病院群のうち、救急車等による搬送により入院した患者数等に係る一定の要件を満たす医療機関については、それ以外の医療機関と基礎係数の評価を区別する。

### 機能評価係数Ⅱの見直し

- 複雑性係数について、入院初期の医療資源投入の観点から見た患者構成を評価するよう、評価手法について必要な見直しを行う。
- 地域医療係数の定量評価指数について、DPC標準病院群においては、新たにがん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患及び周産期の4領域にも着目した評価に見直す。
- 地域医療係数の体制評価指数について、「認定ドナーコーディネーターの院内配置」及び「地域の需要変動への応答性」に係る項目を新設する。

### 診断群分類点数表の見直し

- 多くの診断群分類において、平均在院日数が在院日数の中央値を上回っている実態を踏まえ、点数設定方式A、B及びCにおける標準化の進んだ診断群分類を中心に、一定の変動率の上限を設けつつ、入院期間Ⅱを平均在院日数から在院日数の中央値へ見直した上で、包括点数の設定を行う。
- 医療資源を最も投入した傷病名として新型コロナウイルス感染症が選択された患者について出来高算定とする取扱いを見直すとともに、診断群分類の設定等、必要な見直しを行う。

### 算定ルールの見直し

- DPC算定対象となる病棟等（以下「DPC算定病棟等」という。）から、DPC算定対象とならない病棟へ転棟した後に、同一傷病等により改めてDPC算定病棟等に再転棟する場合について、転棟後の期間にかかわらず、原則として一連の入院として扱うこととする。

# 基礎係数の見直し

## 基礎係数の見直し

- 基本的な考え方については従前の設定方法を維持し、医療機関群（大学病院本院群、DPC特定病院群及びDPC標準病院群）の設定については、DPC標準病院群のうち、一定要件を満たす医療機関（「DPC標準病院群1」）については、それ以外の医療機関（「DPC標準病院群2」）と基礎係数の評価を区別する。

### DPC標準病院群1の要件（※1※2）

- ① 救急車等による入院数が年間700人以上
- ② 救急車等による入院数が年間200人以上 かつ 全身麻酔による手術件数が年間500件以上
- ③ 救急車等による入院数が年間400人以上 かつ 救急車等による入院数が二次医療圏で最大  
(人口20万人以下の二次医療圏に限る)
- ④ 救急車等による入院数が二次医療圏で最大  
(離島のみで構成されている二次医療圏に限る)

※1 令和6年10月～令和7年9月DPCデータにより判定を行う。

※2 令和10年度診療報酬改定以降は急性期病院A一般入院料又は急性期病院B一般入院料の届出を行う医療機関とすることを念頭に、データの収集を行う。

### 基礎係数

大学病院本院群	DPC特定病院群	DPC標準病院群	
		DPC標準病院群1	DPC標準病院群2

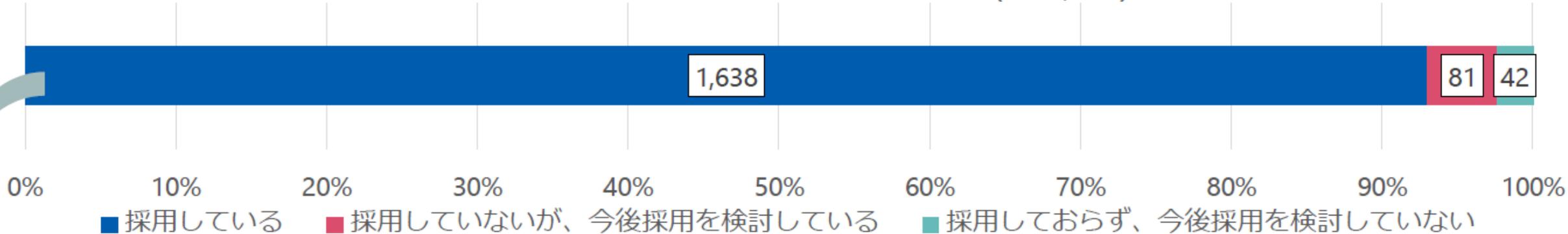
### 機能評価係数Ⅱ

大学病院本院群	DPC特定病院群	DPC標準病院群※3
---------	----------	------------

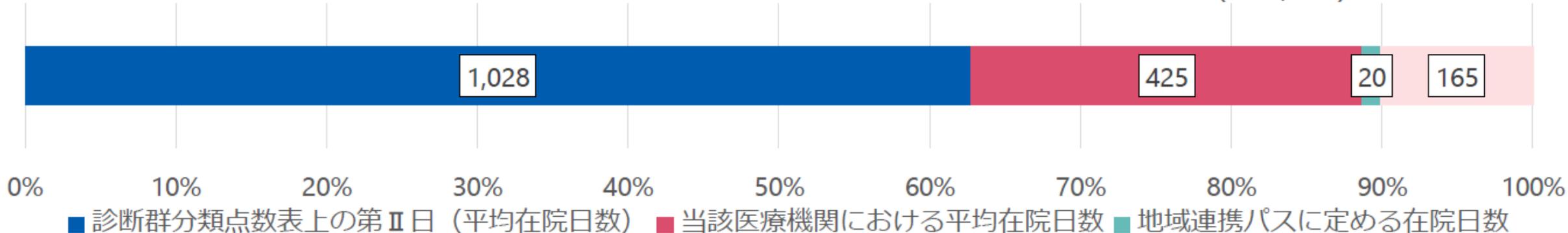
※3 地域医療係数については、DPC標準病院群1とDPC標準病院群2について、それぞれ評価を行う。

# DPC対象病院はクリニカルパスの入院期間設定をDPC入院期間Ⅱで設定しているケースが多い

医療機関毎のクリニカルパスの導入状況(N=1,761)

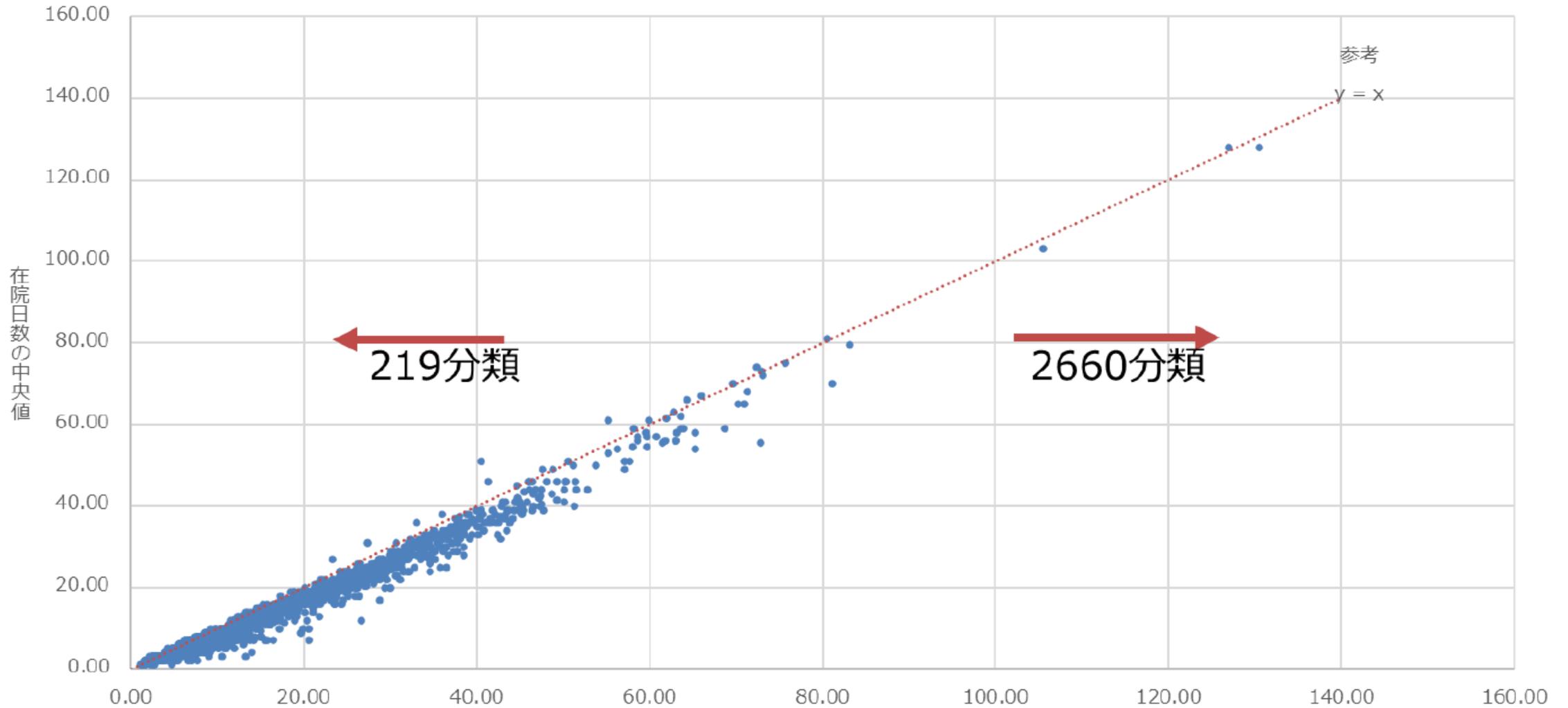


クリニカルパス上の入院期間の設定に際し、主として参照しているもの(n=1,638)



# DPC入院期間Ⅱの見直し

入院期間Ⅱラインを平均在院日数から中央値へ見直し

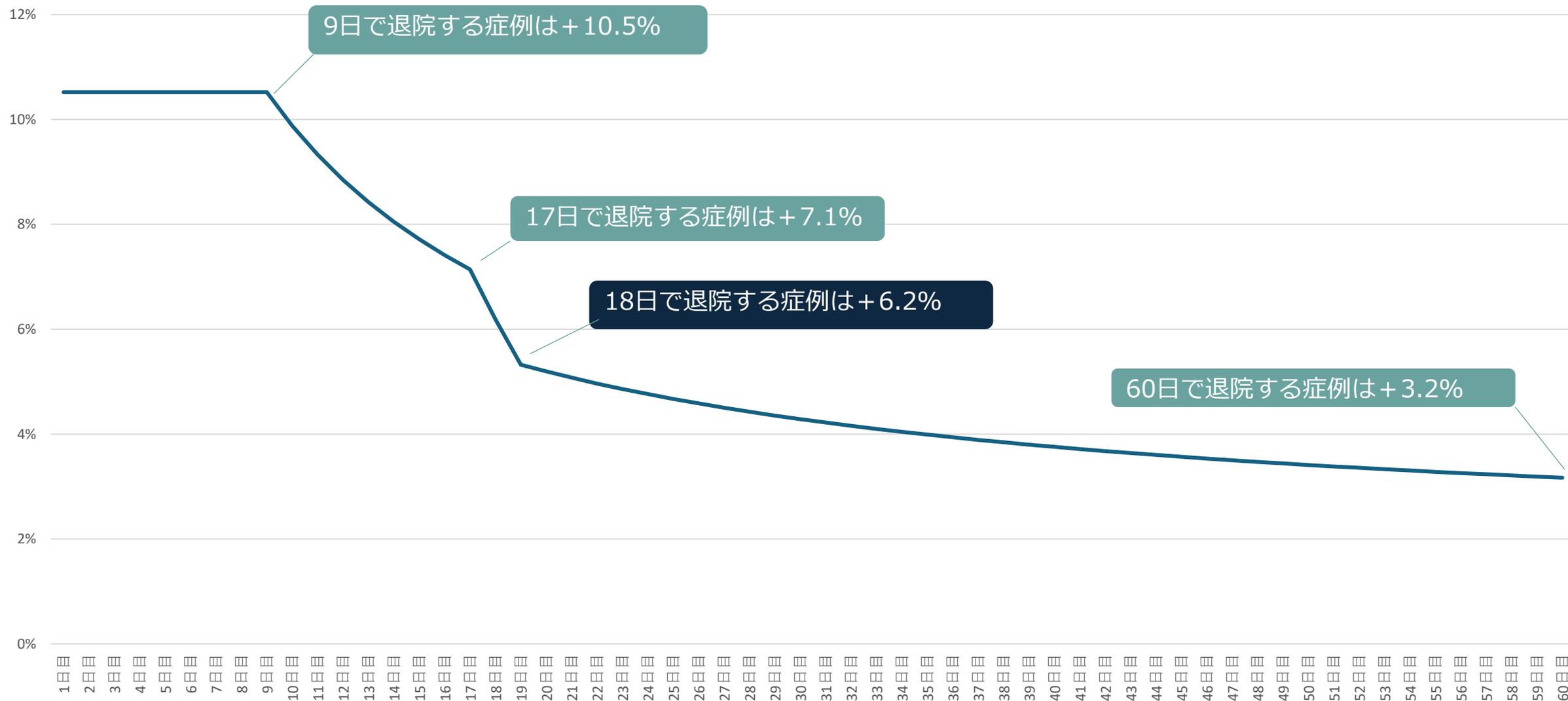


# DPC入院期間の見直しによる影響

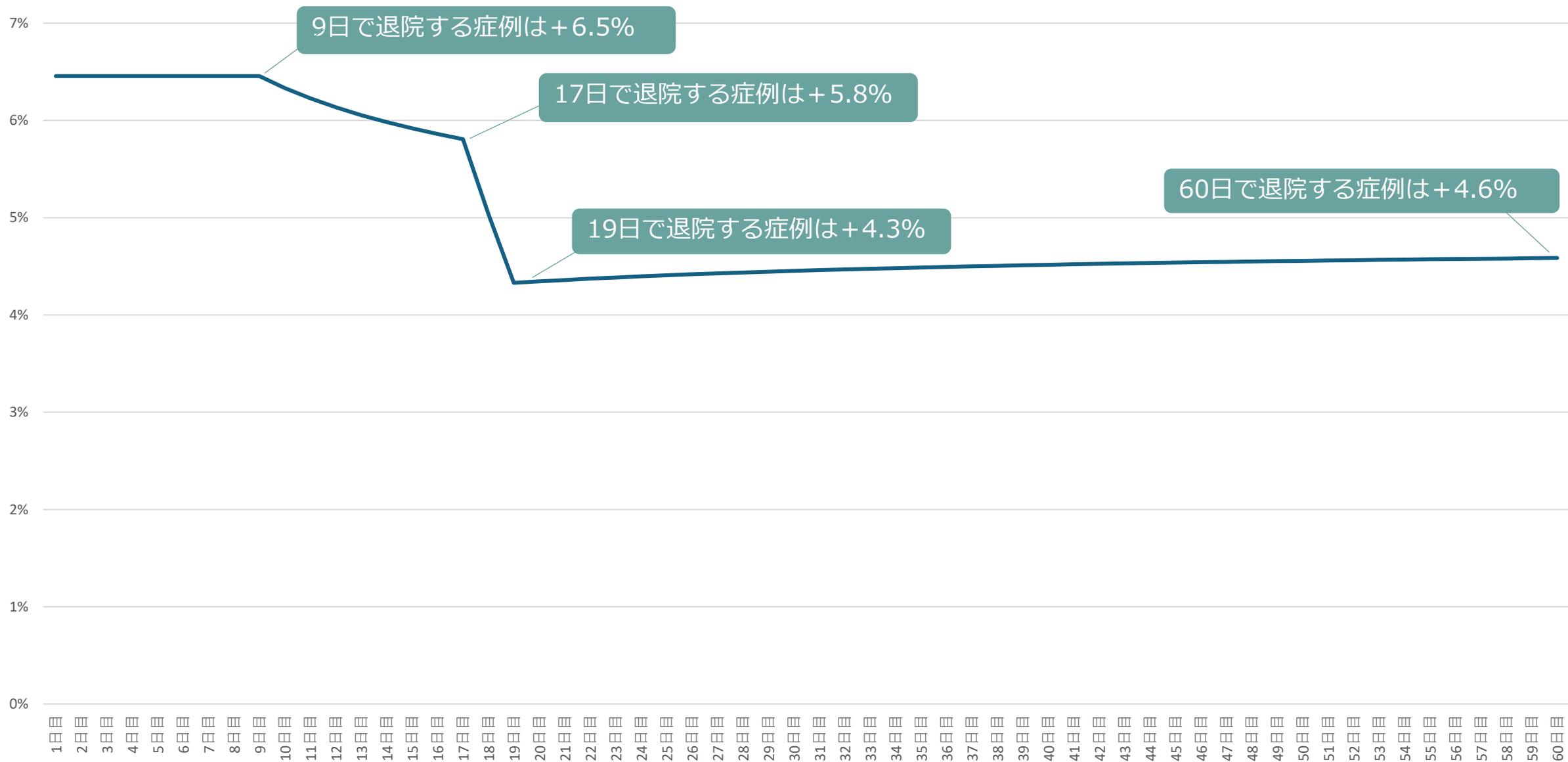
## 入院期間Ⅱは1～2日程度短縮、入院期間Ⅰによりインセンティブを傾斜

診断群分類	名称	令和8年改定	入院日(日)			点数(点)		
			I	II	III	入院期間Ⅰ	入院期間Ⅱ	入院期間Ⅲ
040081xx99x0xx	誤嚥性肺炎 手術なし 手術・処置等2 なし	改定前	9	19	60	3,004	2,131	1,812
		改定後	9	17	60	3,320	2,169	1,844
		点数増減率	—	—	—	11%	2%	2%
110310xx99xxxx	腎臓又は尿路の感染症 手術なし	改定前	6	12	30	3,036	2,154	1,831
		改定後	6	11	30	3,232	2,257	1,918
		点数増減率	—	—	—	6%	5%	5%
050130xx9900x0	心不全 手術なし 手術・処置等1 なし 手術・処置等2 なし 他の病院・診療所 の病棟からの転院以外	改定前	8	16	60	2,933	2,081	1,769
		改定後	7	14	60	3,150	2,242	1,906
		点数増減率	—	—	—	7%	8%	8%
160800xx02xxxx	股関節・大腿近位の骨折 人工骨頭挿入 術 肩、股等	改定前	11	23	60	2,761	1,865	1,585
		改定後	11	21	60	2,874	2,035	1,730
		点数増減率	—	—	—	4%	9%	9%
050050xx0200xx	狭心症、慢性虚血性心疾患 経皮的冠動 脈形成術等 手術・処置等1 なし、1,2 あり 手術・処置等2 なし	改定前	2	4	30	2,987	2,119	1,801
		改定後	2	3	30	3,207	2,344	1,992
		点数増減率	—	—	—	7%	11%	11%
060340xx03x00x	胆管(肝内外)結石、胆管炎 限局性腹 腔膿瘍手術等 手術・処置等2 なし 定 義副傷病 なし	改定前	4	8	30	3,149	2,212	1,880
		改定後	4	7	30	3,233	2,294	1,950
		点数増減率	—	—	—	3%	4%	4%

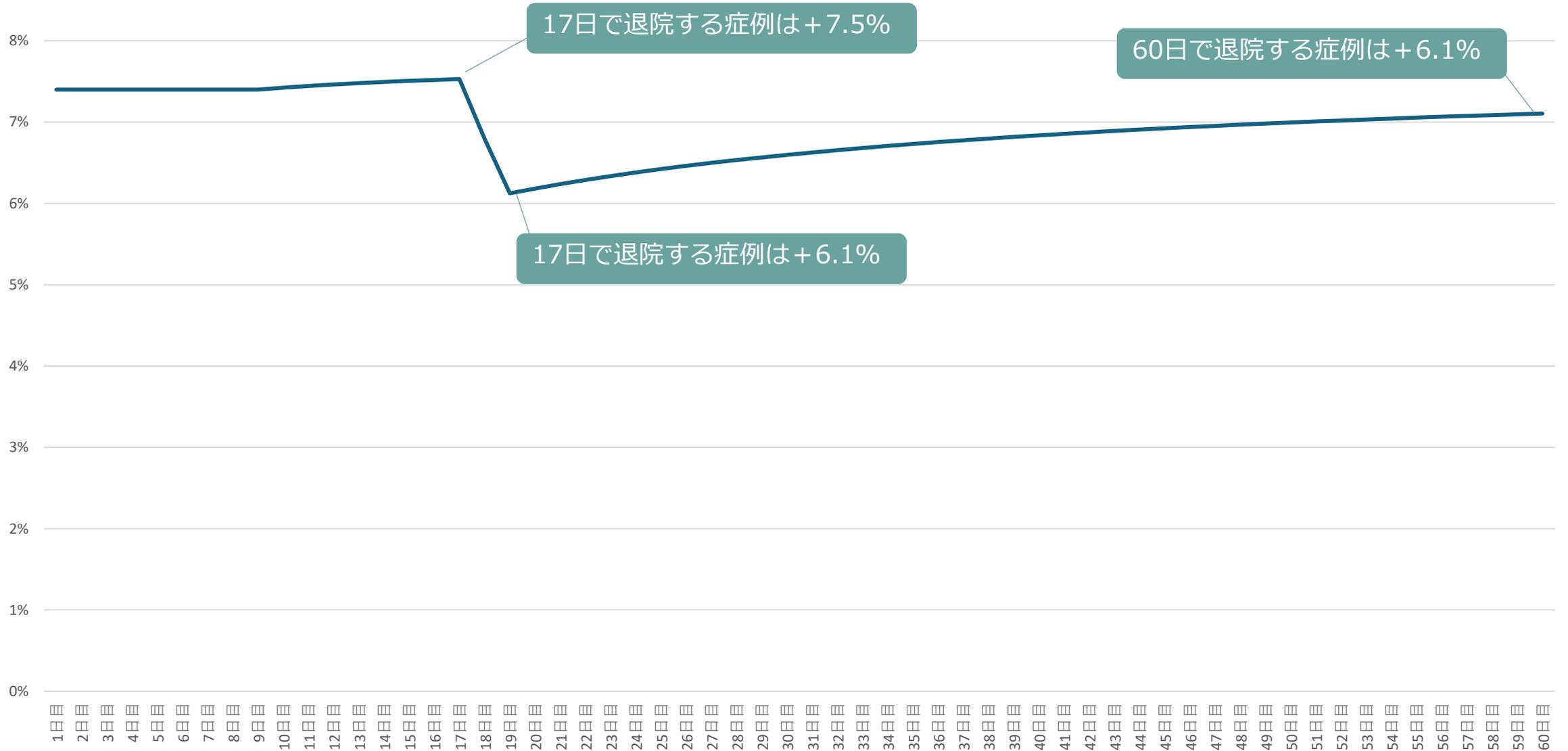
# 誤嚥性肺炎 手術なし手術・処置等2 なしにおける「1入院期間の入院日数別」改定前後のDPC点数の増減率



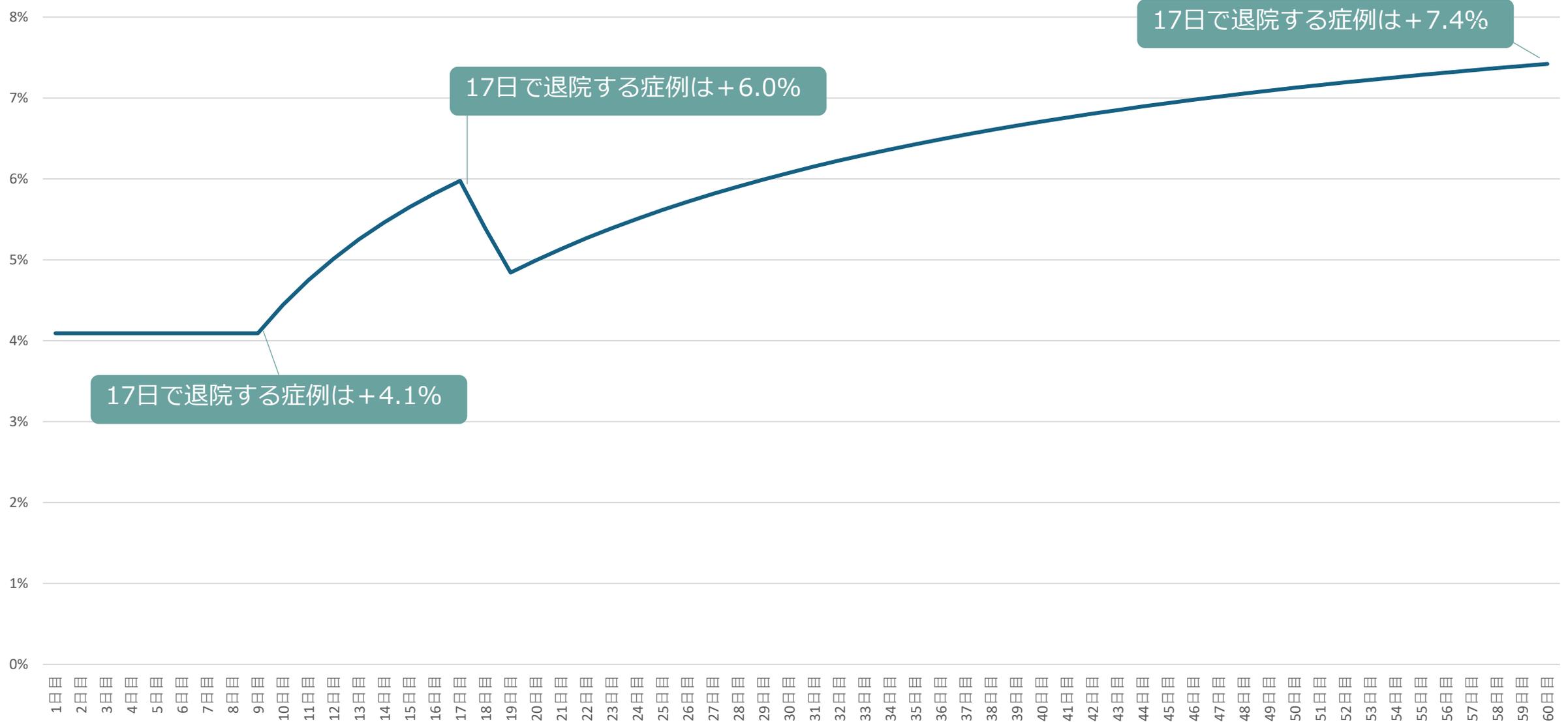
# 腎臓又は尿路の感染症手術なしにおける「1入院期間の入院日数別」改定前後のDPC点数の増減率



心不全 手術なし 手術・処置等1 なし 手術・処置等2 なし 他の病院・診療所の病棟からの転院以外  
 における「1入院期間の入院日数別」改定前後のDPC点数の増減率



# 股関節・大腿近位の骨折 人工骨頭挿入術 肩、股等 における「1入院期間の入院日数別」改定前後のDPC点数の増減率



## 短期滞在手術等基本料3

DPC対象病院で、短期滞在手術等基本料3を算定することが可能に

### 【短期滞在手術等基本料3の見直しのポイント】

- 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、以下に掲げる手術を行った場合（入院した日から起算して5日までの期間に限る。）は、入院手術対応加算として、次に掲げる点数を所定点数に加算する。

### 【施設基準とは】

- 外来での手術に係る実績を一定程度有していること。

→基本的には外来で実施しているものの、医学的に必要な場合に入院対応している医療機関を評価するもの

→今までDPC+地域包括ケア病棟（病床）を届出ている病院は、地域包括ケア病棟で白内障OP患者を対応してきた医療機関がほとんどだと考える。本改定を以て、基本的には一般病棟でも地域包括ケア病棟いずれの病棟で対応しても点数等の差が生じなくなるため、ベッドコントロールを優先して見直しをかけることが可能。

## 短期滞在手術等基本料3（新）入院手術対応加算

Kコード	手術名	区分・条件	点数
K030	四肢・躯幹軟部腫瘍摘出術	7 手軟部腫瘍摘出術	462点
K070	ガングリオン摘出術	1 手部ガングリオン摘出術	411点
K093-2	手根管開放手術	内視鏡下	568点
K202	涙管チューブ挿入術	1 涙道内視鏡を用いるもの（片側）	273点
K217	眼瞼内反症手術	2 皮膚切開法（片側）	206点
K219	眼瞼下垂症手術	1 眼瞼挙筋前転法（片側）	347点
K219	眼瞼下垂症手術	3 その他のもの（片側）	331点
K224	翼状片手術	弁の移植を要するもの（片側）	265点
K254	治療的角膜切除術	1 エキシマレーザーによるもの（片側）	477点
K268	緑内障手術	6 水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術（片側）	1,043点
K282	水晶体再建術	1 眼内レンズを挿入する場合 □ その他のもの（片側）	548点
K616-4	経皮的シャント拡張術・血栓除去術	1 初回（透析シャント閉塞又は高度狭窄の場合）	767点
K616-4	経皮的シャント拡張術・血栓除去術	1 初回（その他の場合）	767点
K616-4	経皮的シャント拡張術・血栓除去術	2 1の実施後3月以内に実施する場合	802点
K617	下肢静脈瘤手術	2 硬化療法（一連として）	235点
K617-4	下肢静脈瘤血管内焼灼術	－	552点
K617-6	下肢静脈瘤血管内塞栓術	－	645点
K721	内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術	1 長径2cm未満	366点
K743	痔核手術（脱肛を含む）	2 硬化療法（四段階注射法によるもの）	298点
K747	肛門良性腫瘍等切除術	肛門ポリープ切除術に限る	316点
K747	肛門良性腫瘍等切除術	肛門尖圭コンジローム切除術に限る	240点
K823-6	尿失禁手術	ボツリヌス毒素によるもの	751点



# 包括期

論点①：「地域包括医療病棟」への対応

論点②：「地域包括ケア病棟」への対応

論点③：高齢者施設等との連携強化（「治し、支える医療」）

# 地域包括医療病棟

主な施設基準等		地域包括医療病棟入院料
入院基本料／入院料		3,050点
単位		一般病棟
看護配置		10対1
常勤のPT/OT/STの病棟配置		2人以上
常勤（専任）の管理栄養士の病棟配置		1人以上
重症度、医療・看護必要度（Ⅱ）	基準①	15%以上
	基準②	初日B3点：50%以上
平均在院日数		21日以内
在宅復帰率		80%以上
一般病棟からの院内転棟患者割合		5%未満
救急搬送患者割合（救急患者連携搬送料含）		15%以上
データ提出加算の届出		必須
届出NG	特定機能病院・専門病院・急充体加算	×
脳血管リハ、運動器リハの届出		必須
365日リハ実施体制		○
入退院支援加算1の届出		必須
入棟時－退棟時のBarthelIndexが低下した患者割合		5%未満

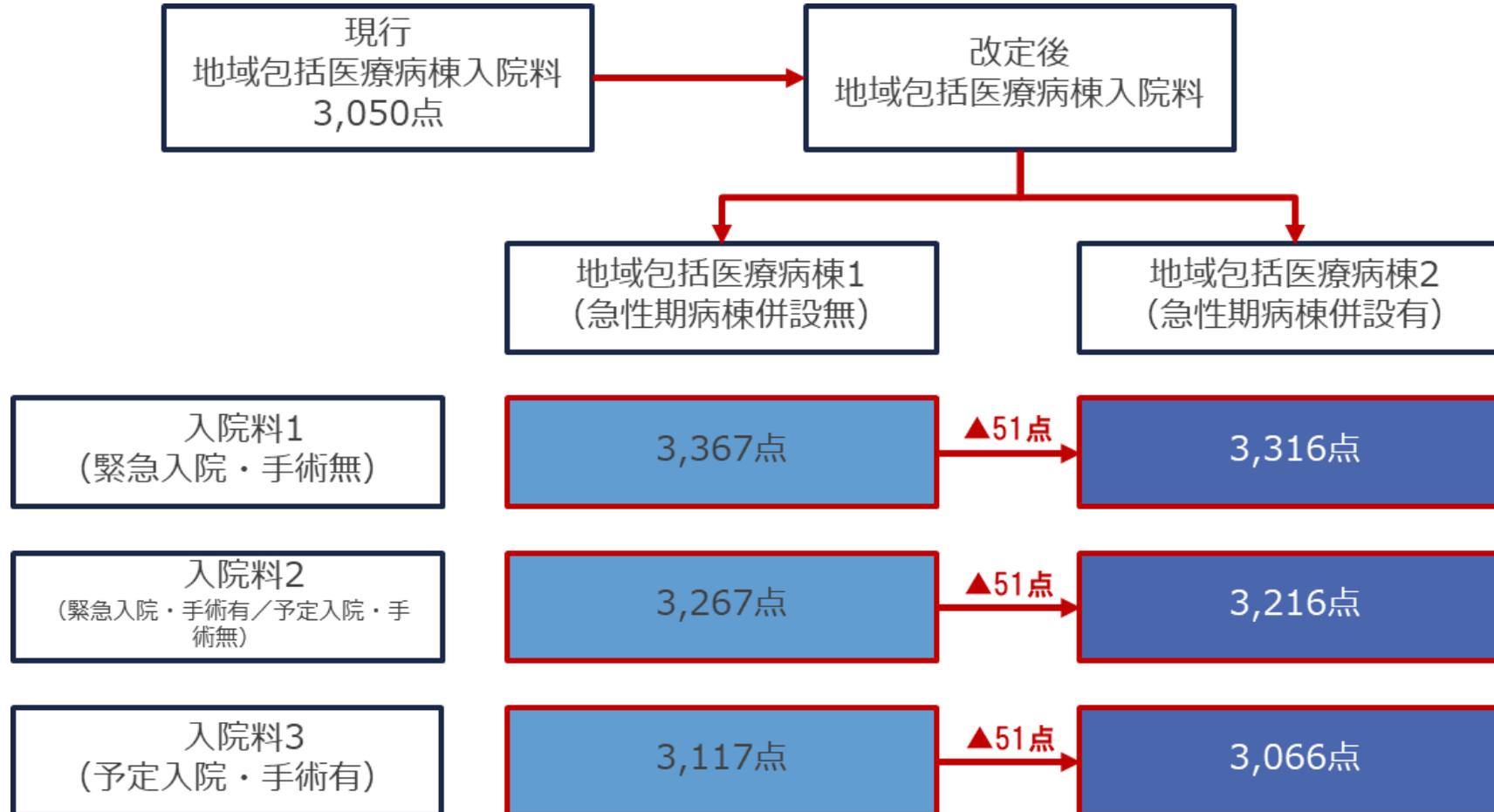
→ ① 急性期病棟併設の有無により入院料1, 2で分類  
 ② 算定は、緊急入院／予定入院、手術の有無で3区分化  
 入院料1 イ) 3,367点 □) 3,267点 ハ) 3,117点  
 入院料2 イ) 3,316点 □) 3,216点 ハ) 3,066点  
 ※90日超患者は、地域一般入院料3を算定  
 必要度Ⅱ) 18%以上

→ 基準は20日以内に厳格化  
 - 85歳以上高齢者が2割増えるにつれ1日緩和

→ ADL低下患者割合の緩和?? 答申では詳細判断できず

# 地域包括医療病棟の点数設計

地包医1と2では51点差、1病棟50床だと年間約9,300千円の収益差となる



# 地域包括医療病棟入院料に関する改定内容

## 1. 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更に推進

- リハビリテーション・栄養・口腔連携加算の点数体系が見直されます。

## 2. 高齢者救急・在宅後方支援の評価（新加算の創設）

- 急性期病棟を持たない中小病院が、地域の高齢者救急や在宅療養患者の急変を受け入れる機能（サブアキュート）を担うことが高く評価されます。評価する診療報酬として「包括期充実体制加算」が新設されました。

## 3. 平均在院日数の計算特例（高齢者対応の柔軟化）

- 高齢者の特性に配慮し、平均在院日数及び退院時の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が緩和されます。また、誤嚥性肺炎や尿路感染症等頻度の高い疾患の特徴を踏まえ、重症度、医療・看護必要度の基準を見直されます。

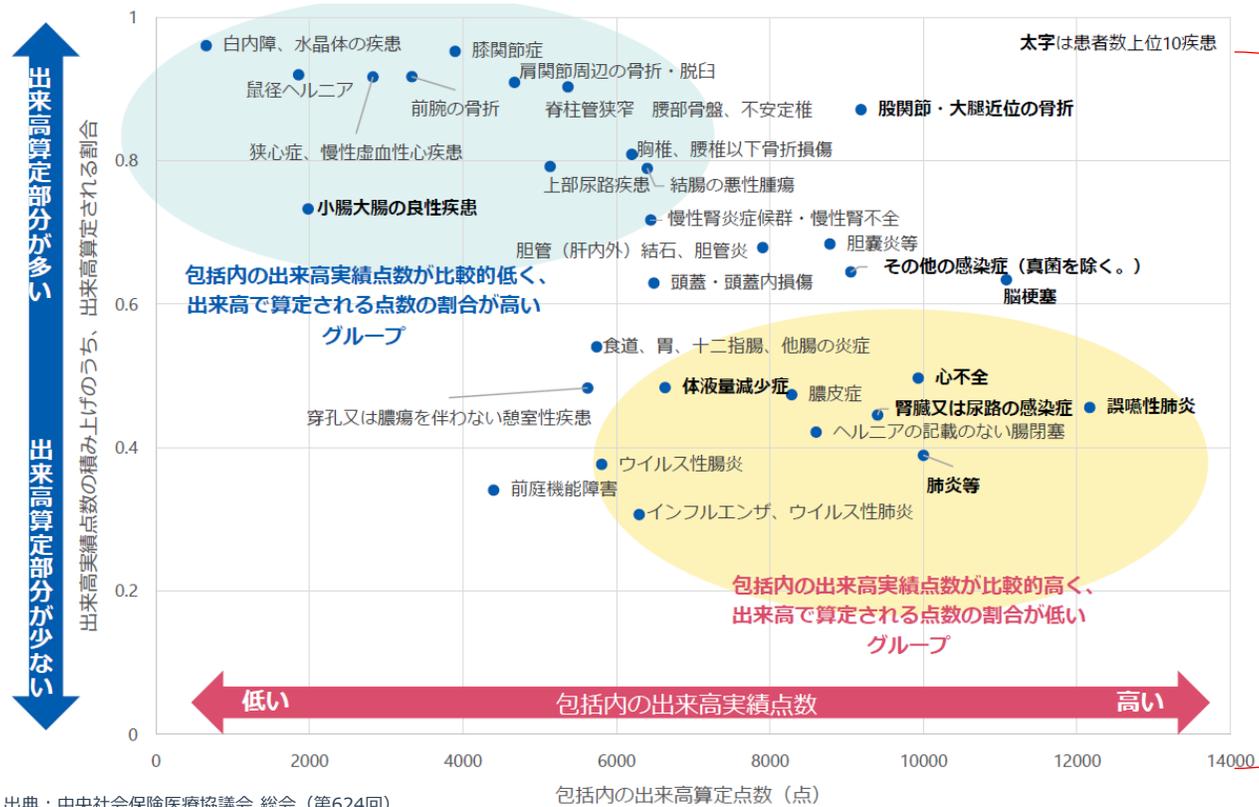
## 4. 専従コメディカルの業務範囲拡大（柔軟な運用）

- 地域包括医療病棟入院料以外でも同様であるが、病棟専従のセラピスト（PT/OT/ST）が、より実践的なリハビリを行えるよう規制が緩和されます。

# 地域包括医療病棟における請求点数と包括に実績点数の関係

## 包括内の出来高点数に対する請求点数の比は、整形外科系の疾患等、出来高算定の手技を伴う疾患で高い傾向

本来の内科系高齢者の受け皿機能としての役割を阻害する可能性



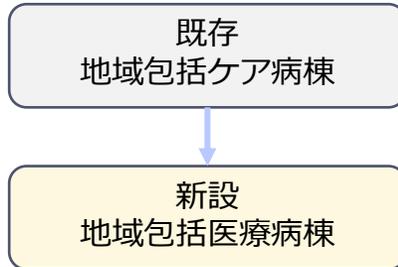
<将来的に>

整形系、内科系のバランスは、地域包括ケア病棟とのゆるやかな統合によって整理されていくのではないか？

# 既存の地域包括ケア病棟への対応

## 1. 地域包括医療病棟への類上げ

上位互換を目指し点数の増加を目指すか



### 対応事項：

- 平均在院日数「21日以内」
- 在宅復帰率80%以上
- ADL低下患者割合
- 重症度、医療・看護必要度
- 救急搬送対応
- 一般病棟からの転棟割合等

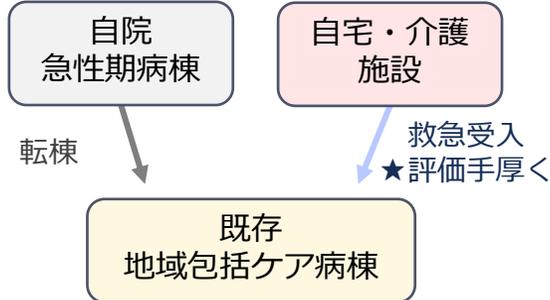
**ターゲット例：**高齢者救急が多い中小規模病院（1病棟～2病棟構成）

### 経営判断：

- 急性期からのダウサイジング先として検討するか？
- 既存の病棟が21日以内に回転できるか？

## 2. 「サブ急性期」の強化

転棟ルートだけでなく、地域からの救急搬送を増やせるか



### 内容：

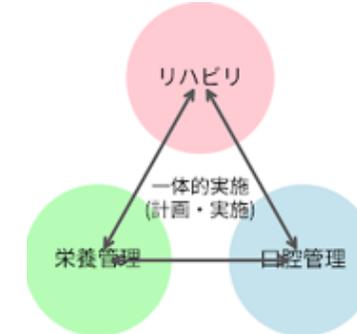
- 施設からの「緊急入院」評価が手厚く、転院とのメリハリ化

### 経営判断：

- 近隣施設との連携を強化し、高齢者救急の直接受入れルートを確認できるか？
- 地域連携室の営業戦略を、介護施設等へ対応を厚くする形に見直せるか？

## 3. 「リハ・栄養・口腔」の一体的実施

相乗効果を生むための連携体制（新加算）を整備できるか



### 内容：

- 口腔管理を含めた計画作成を評価
- 上位区分は専任の管理栄養士の配置が必要
- 出来高として、介護支援等連携指導料、栄養食事指導、栄養情報連携料、入退院支援加算等も評価

### 経営判断：

- 管理栄養士の配置体制を整備できるか？
- 歯科と連携し、口腔計画の策定フローを構築できるか？

# 地ケアに関連する診療報酬の見直し

診療報酬		改定前	改定後	狙い・ポイント	
急性期患者支援病床初期加算		—	—	・ 変化なし。	
在宅患者支援 病床初期加算	介護老人保健施設から 入院した患者の場合	緊急入院した患者の場合	580点	590点	・ 緊急入院患者の受入促進を評価 して10点増点。
	介護老人保健施設から 入院した患者の場合	それ以外の患者	480点	410点	・ 緊急入院でない患者の減点幅が 大きい。
	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 又は自宅から入院した患者の場合	緊急入院した患者の場合	480点	490点	・ 緊急入院患者の受入促進を評価 して10点増点。
	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 又は自宅から入院した患者の場合	それ以外の患者	380点	310点	・ 緊急入院でない患者の減点幅が 大きい。

## <地域包括ケア病棟入院料において出来高で請求可能となる診療報酬>

- ・ 入院栄養食事指導料
- ・ 栄養情報連携料
- ・ 退院時共同指導料 2
- ・ 介護支援等連携指導料

# リハビリテーション・栄養・口腔連携加算の変更点

## 【地域包括ケア病棟入院料、地域包括ケア病棟入院料】

診療報酬	改定前	改定後	狙い・ポイント
リハビリテーション・栄養・口腔連携加算 1 (14日目まで)	80点	110点	<ul style="list-style-type: none"> <li>基本的には改定前の施設基準に準ずる。</li> <li>栄養サポートチーム加算は別に算定できない。</li> </ul>
リハビリテーション・栄養・口腔連携加算 2 (14日目まで)	80点	50点	<ul style="list-style-type: none"> <li>施設基準の実績要件を落とした点数区分が新設された。</li> <li>休日リハビリ実施割合が8割から7割に緩和されている。</li> <li>入棟期間中のADLの低下割合が3%未満から5%未満に緩和されている。</li> </ul>

## 【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】

診療報酬	改定前	改定後	狙い・ポイント
リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算 1 (14日目まで)	120点	150点	<ul style="list-style-type: none"> <li>基本的には改定前の施設基準に準ずる。</li> <li>栄養サポートチーム加算は別に算定できない。</li> </ul>
リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算 2 (14日目まで)	120点	90点	<ul style="list-style-type: none"> <li>施設基準の実績要件を落とした点数区分が新設された。</li> <li>休日リハビリ実施割合が8割から7割に緩和されている</li> <li>入棟期間中のADLの低下割合が3%未満から5%未満に緩和されている。</li> </ul>

## (新) 包括期充実体制加算について

診療報酬	点数	狙い・ポイント
包括期充実体制加算 (入院から14日間)	80点/日	<ul style="list-style-type: none"><li>• 下記の特徴を有する医療機関を評価するために新設された<ul style="list-style-type: none"><li>↳ 許可病床数 200 床未満</li><li>↳ 救急医療若しくは下り搬送を受け入れる体制を有する急性期病棟を有しない保険医療機関における地域包括医療病棟又は地域包括ケア病棟</li><li>↳ 在宅医療や介護保険施設の後方支援について十分な体制と実績を有する</li></ul></li></ul>

### 【施設基準】

1. 保険医療機関である病院であって、**許可病床数が二百床**（基本診療料の施設基準等別表第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関にあっては二百八十床）**未満**のものであること。
2. 区分番号A 3 0 4に掲げる**地域包括医療病棟入院料**又は区分番号A 3 0 8 - 3に掲げる**地域包括ケア病棟入院料**を算定する病棟を有する病院であること。
3. 区分番号A 1 0 0に掲げる**急性期病院一般入院料及び急性期一般入院基本料**を算定する**病棟を有しない病院**であること。
4. 地域において高齢者の救急患者を受け入れ、在宅医療や介護保険施設等の後方支援を担うにつき十分な体制が整備されていること。
5. 在宅医療や介護保険施設等の後方支援に係る実績を十分有していること。
6. **入退院支援加算 1**に係る届出を行っている保険医療機関であること。

## 改・新) 入退院支援加算/退院時情報添付加算

地包医、回復期リハ、地ケアにおける入退院支援加算 1 の評価区分を新設  
退院時情報添付加算を新設 (1回200点)

	対象となる主な病棟・入院料等	点数 (退院時1回)
入退院支援加算 1	イ) 一般病棟入院基本料等の場合	700点
	<b>【新設】</b> ロ) 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の場合	1,000点
	ハ) 療養病棟入院基本料等の場合	1,300点
入退院支援加算 2	イ) 一般病棟入院基本料等の場合	190点
	ロ) 療養病棟入院基本料等の場合	635点
入退院支援加算 3	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又は新生児集中治療室管理料を算定したことがある場合	1,200点
精神科入退院支援加算	精神科入退院支援加算を算定できる精神病棟等の場合	1,000点

## 改・新) 介護連携指導料

介護連携指導料が1区分から2区分化され、プラスの評価へ

	対象病棟・入院料	改定後 (入院中2回)	現行 (入院中2回)
介護連携指導料	介護連携指導料1	400点	400点
	介護連携指導料2	500点	

### 【算定要件】

- 介護支援等連携指導料2は、入院中の患者（入退院支援加算1の届出病棟）に対して、患者の同意を得て、入退院支援及び地域連携業務を担う部門の担当者が、平時から連携体制を構築している介護支援専門員又は相談支援専門員と共同して必要な患者の心身の状態等を踏まえて導入が望ましい介護サービス又は障害福祉サービス等について説明及び指導を行った場合に、当該入院中に2回に限り算定する。
- なお、同一日に、区分番号B005の注3に掲げる加算（介護支援専門員又は相談支援専門員と共同して指導を行った場合に限る。）は、別に算定できない。

# 地域包括医療病棟/地域包括ケア病棟における長期的な戦略展望

介護施設を『病棟の延長』と捉え直し、高齢者救急を直接受け入れていき  
地域で『治し、支える』循環を作ることが求められる

## 第一優先：周辺市町村の介護保険施設に対する調査と「協力医療機関」の機能状況把握

- まずは介護施設における既存の「協力医療機関」としての機能状況の把握。
- 現在、どの施設が協力医療機関として指定しているのか、実際にどのような相談が来ているのか、協力医療機関連携加算を取得しているのか（介護保険施設側の加算）を照会することで、現状を可視化する。

## 第二優先：病院内の体制整備

- 夜間・休日の相談受け入れ体制、往診対応の可能性、転院受け入れコーディネーター機能の配置などを、現状を踏まえて「実装可能な範囲」で整備する。
- 全てを完璧に準備する必要はなく、「段階的に拡充していく」という姿勢が重要。

## 第三優先：主要施設との協力医療機関協定書の整備と定期的な情報共有会議の実施

- 最初は3～5施設に絞り、関係を深化させることで、組織内の「ノウハウ」を蓄積する。

## 第四優先：地域のメディカルコントロール協議会や在宅医療・介護連携推進事業への参加

- 地域全体の中で、自院の役割と機能を認識してもらい、介護施設からの搬送が「地域として認識された搬送基準に基づく」ものとなるようにする。



# 急性期、包括期、療養における リハビリ関連等の評価

論点①：回復期リハビリテーション病棟の「実績指数」引き上げへの対応

論点②：早期・休日リハビリテーションの強化

論点③：個別項目の重要テーマ

# リハビリ関連の見直し

リハビリテーションについては、今後、365日リハ提供体制が必須で求められていくものと予想される

## 人材確保・働き方改革（賃上げ）



### ベースアップ評価料拡充

全領域で大幅引上げ。特に入院は【1点～165点（165区分）】のきめ細かい多段階評価を新設。



### みなし単位導入（カンファレンス等）

カンファレンス、計画書作成、病棟業務などを【20分=1単位】とみなし、1日の標準実施単位数（18単位等）に算入可能。



### 看護・多職種協働加算（新設）

急性期病棟で多職種が協働し専門性を発揮する体制を評価。  
【1日につき277点（加算1）/255点（加算2）】。

## 評価の厳格化・適正化（アウトカム重視）



### 回復期リハ病棟の実績指数厳格化

実績指数基準値引き上げ：入院料1【42】、入院料2【32】へ。さらに【80歳除外撤廃】で全年齢が評価対象に。



### 離床なきリハ減算

離床を伴わないリハ（ポジショニング等のみ）は、所定点数の【10%減算】（上限1日2単位）。医学的困難な場合は除外。



### 早期・休日リハ評価見直し

早期加算は【14日以内】に短縮・メリハリ強化。休日加算（新設）は土日祝実施で【1単位25点】。



### 書類簡素化・統合

総合計画評価料は様式統一・再編【初回300点/2回目以降240点】。目標設定等支援・管理料は廃止。

2026年2月13日答申に基づきGoogle Geminiで作成

# 回復期リハビリテーション病棟入院料に関する点数設計

入院料	点数 (改定前)
回復期リハ病棟入院料 1	2,229 点
回復期リハ病棟入院料 2	2,166 点
回復期リハ病棟入院料 3	1,917 点
回復期リハ病棟入院料 4	1,859 点
回復期リハ病棟入院料 5	1,696 点

点数 (改定後)	点数差異	備考
2,346 点	+117 点	リハビリテーションの効果に係る実績の指数が42以上であること（従来は40）。
2,274 点	+108 点	リハビリテーションの効果に係る実績の指数が32以上であること。
2,062 点	+145 点	休日を含め、週七日間リハビリテーションを提供できる体制を有していること。 リハビリテーションの効果に係る実績の指数が37以上であること（従来は35）。
2,000 点	+141 点	リハビリテーションの効果に係る実績の指数が32以上であること。
1,794 点	+98 点	—

施設基準の項目が追加や削除され変更になる

# 回復期リハビリテーション病棟

新) 強化体制加算 (1日80点)

- FIM実績指数 / 退院前訪問指導件数 / 排尿自立支援加算取得

		入院料 1	入院料 2	入院料 3	入院料 4	入院料 5 (※ 1)
職員の配置に関する施設基準	医師	専任常勤 1 名以上				
	看護職員	1 3 対 1 以上 (7 割以上が看護師)	1 5 対 1 以上 (4 割以上が看護師)			
	看護補助者	3 0 対 1 以上				
	リハビリ専門職	専従常勤の PT 3 名以上、 OT 2 名以上、ST 1 名以上	専従常勤の PT 2 名以上、OT 1 名以上			
	社会福祉士	専任常勤 1 名以上 ⇒ <b>専従常勤 1 名以上</b>	-			
	管理栄養士	専任常勤 1 名	専任常勤 1 名の配置が望ましい			
リハビリテーションの提供体制等に関する施設基準	休日のリハビリテーション	○	回1~4までに拡大 - <b>土日祝リハ提供単位数 平均2単位→3単位へ</b>			
	<b>FIMの測定に関する院内研修会</b>	<b>年 1 回以上開催</b>	<b>回1~4までに拡大</b>	<b>年 1 回以上開催</b>	-	-
	リハビリ計画書への栄養項目記載 / <b>GLIM基準による評価</b>	○	<b>GLIM基準を用いることが望ましい</b>			
	<b>口腔管理</b>	○	<b>回3~4は望ましい要件に -</b>			
	第三者評価	受けていることが望ましい	-	受けていることが望ましい	-	-
	<b>地域貢献活動</b>	<b>参加することが望ましい</b>	<b>回1~4までに拡大</b>			
基準見直し	新規入院患者のうちの、重症の患者の割合	<b>1) 3.5割</b> 4割以上	<b>2) 3.5割</b>	<b>3) 2.5割</b> 3割以上	<b>4) 2.5割</b>	<b>高次脳機能障害及び脊髄損傷患者を追加</b>
アウトカムに関する施設基準	自宅等に退院する割合	7割以上				
	リハビリテーション実績指数	40以上 <b>1) 42</b>	- <b>2) 32</b>	35以上 <b>3) 37</b>	<b>3) 32</b>	-
	入院時に重症であった患者の退院時の日常生活機能評価 ( ) 内はFIM総得点	3割以上が4点 (16点) 以上改善 <b>削除</b>	3割以上が3点 (12点) 以上改善			
点数 ( ) 内は生活療養を受ける場合		<b>2,229点 (2,215点)</b>	<b>2,166点 (2,151点)</b>	<b>1,917点 (1,902点)</b>	<b>1,859点 (1,845点)</b>	<b>1,696点 (1,682点)</b> <b>新) 算定開始1年超の場合は、20%の減算</b>
		<b>2,346点</b>	<b>2,274点</b>	<b>2,062点</b>	<b>2,000点</b>	<b>1,794点</b>

## 【新規入院患者における重症患者割合の基準】

- 新入院に占める重症患者割合は、前頁の通り引き下げされている

## 【重症患者割合の対象基準の見直し】

- 重症患者割合の算出対象となる基準も見直しされていることに注意

改定後	現行
FIM <u>21点以上</u> - 55点以下の患者	FIM 55点以下の患者

# 回復期リハビリテーション病棟 リハビリテーション実績指数の見直し

リハビリテーション実績数の見直しのうち、3割までの除外要件患者が大きく見直しされることとなった。

1. リハビリテーション実績指数の算出方法について、F I M運動項目のうち「歩行・車椅子」及び「トイレ動作」の得点について、入棟中又は入室中に5点以下から6点以上に上がった場合、分子のF I M運動項目利得に1点を加えることとする。
2. 「効果に係る相当程度の実績が認められない場合」について、リハビリテーション実績指数が2回連続して27を下回った場合から、30を下回った場合に見直す。
3. リハビリテーション実績指数の算出から除外できる要件のうち、「年齢が80歳以上のもの」を削除する。
4. リハビリテーション実績指数の算出から除外できる要件のうち、「F I M運動項目の得点が20点以下のもの」について、疾患別リハビリテーションの実施単位数が1日平均6単位を超えるものは対象から除く。
5. リハビリテーション実績指数の算出から除外できる要件のうち、「F I M認知項目の得点が24点以下のもの」を「F I M認知項目の得点が14点以下のもの」に見直す。
6. リハビリテーション実績指数の算出から除外できる患者要件の変更に伴い、リハビリテーション実績指数の算出から除外できる割合について、100分の30を超えない範囲から100分の20を超えない範囲に見直す。
7. 当該保険医療機関内に掲示する等の方法で公開することとされている項目について、院内掲示及びウェブサイトに掲載することと明確化する。

# 発症早期のリハビリテーションおよび休日提供体制の強化

## リハビリテーションの早期介入の徹底および休日提供体制の評価

### 【現行】

急性期リハ加算：50点／単位	
初期加算：45点／単位	
早期リハ加算：25点／単位	

開始日

14日目

30日目

### 【改定後】

急性期リハ加算：50点／単位	
初期加算：45点／単位	
早期リハ加算：60点／単位	
	早期リハ加算：25点／単位
新) 休日リハ加算：25点／単位	

開始日

**3日目**

14日目

30日目

# 訓練内容に応じた評価（離床の推進）



離床を伴わない（ベッド上のポジショニング等のみ）リハビリテーションは、所定点数の90%へ減算される。

現行	改定
実施内容にかかわらず、所定点数（100%）を算定	離床を伴わない場合は、90/100に減算。 <ul style="list-style-type: none"><li>• 制限：1日2単位まで</li><li>• 例外：急性期早期や小児、医学的に離床困難な場合</li></ul>

# 業務効率化と実施単位の計算特例（みなし単位）

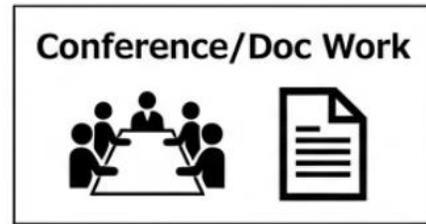


疾患別リハビリ以外の業務に従事した時間を1日18単位の標準実施単位数に含めること



20 mins

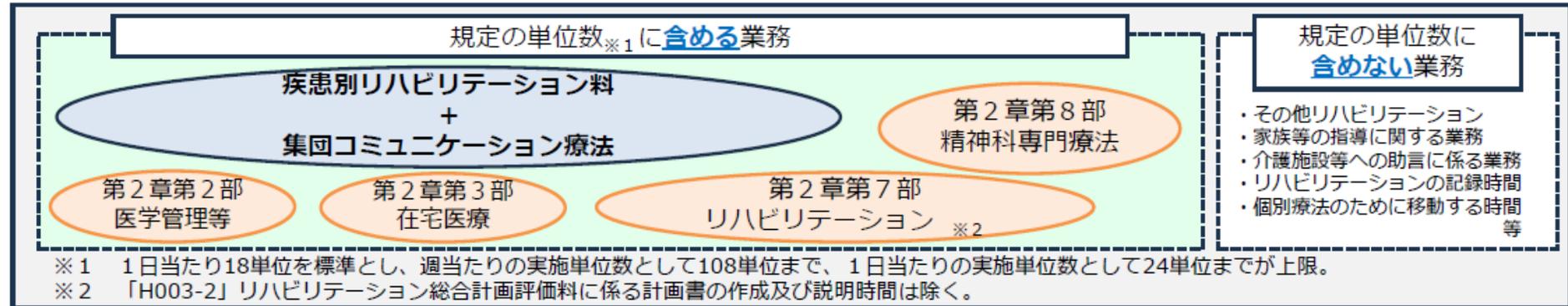
+



**1 Unit (みなし)**

(対象：カンファレンス、書類作成、他職種への助言など)

- 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。





**ご清聴ありがとうございました**

**照会先**

**日本経営 川端 康正**

**Email : [yasumasa.kawabata@nkgr.co.jp](mailto:yasumasa.kawabata@nkgr.co.jp)**