

# 2026年度診療報酬改定の行方 ②入院編

《25分》

※本文中に記載のない限り、2025年12月1日時点の情報に基づいて作成しています。

なお、解説は全ての法律・制度を網羅するものではありません。

※スライドのイラストはイメージであり、法律・制度の内容を厳密に反映したものではありません。

### <研修テーマの背景>

2026年度診療報酬改定に向けた議論が進められています。入院については病床機能ごとに見直しが議論されており、その行方が注目されています。

### 研修目的

入院に関する診療報酬改定について、担当施設の先生方と話をしてみる



そのために…

- ・論点となっている点数の背景や現状の課題等を確認する
- ・2026年度改定の方向性を把握する
- ・改定が医療機関に及ぼす影響について考える



改定に向けて注目されているポイントがありますか？

2026年度診療報酬改定に向けた議論が進められています。入院については病床機能ごとに見直しが議論されており、その行方が注目されています。

今回の研修では、入院に関する診療報酬改定について、担当施設の先生方と話をしてみることを目的とします。

そのために、論点となっている点数の背景や現状の課題等を確認し、2026年度改定の方向性を把握した上で、医療機関に及ぼす影響について考えてみましょう。

## 1.全体像

### ・検討項目



## 2.高度急性期

- ・ICUに対する評価 ①入院料の基本点数  
②入院料の加算
- ・脳卒中治療に対する評価

## 3.急性期

- ・特定機能病院の入院料
- ・7対1一般病棟 ①背景と論点  
②急性期評価指標  
③救急搬送件数等に対する評価
- ・拠点的な病院の急性期機能
- ・DPC ①基礎係数  
②点数設定方式  
③算定ルール






## 4.包括期・慢性期

- ・包括期の機能について
- ・地域包括医療病棟 ①算定要件  
②基本点数
- ・地域包括ケア病棟
- ・薬剤投与に対する費用

はじめに、入院医療に関する見直し項目の全体像を紹介します。

なお、項目や議論の内容は現時点で検討されている主なもので、今後追加される見通しです。

病棟機能等に応じた入院料等の見直しや病院機能の視点からの評価

高度急性期	ICU管理に対する入院料 【特定集中治療室管理料】 	脳卒中の専門的管理に対する入院料 【脳卒中ケアユニット入院医療管理料】
急性期	特定機能病院の入院料 【特定機能病院入院基本料】	看護配置7対1一般病棟の入院料 【急性期一般入院料1】 
	地域の拠点的な病院に対する入院料の加算 【総合入院体制加算・急性期充実体制加算】	DPC 
包括期・慢性期	地域包括医療病棟の入院料 【地域包括医療病棟入院料】 	地域包括ケア病棟の入院料 【地域包括ケア病棟入院料】 包括期・慢性期病棟における 薬剤費用 

株式会社メディカル・リート

4

入院医療については、これまでと同様に、病棟の機能や患者の状態に応じたサービスの提供、医療内容の実態等に注目して入院料等の見直しが行われる方向です。加えて、新たな地域医療構想で創設される医療機関機能報告制度を踏まえ、病院の機能という視点から評価の在り方が検討されている項目もあります。

今回は、下記に関する議論を紹介します。

◆高度急性期

- ・集中治療室（以下、ICU）管理に対する入院料（特定集中治療室管理料）
- ・脳卒中の専門的管理に対する入院料（脳卒中ケアユニット入院医療管理料）

◆急性期

- ・特定機能病院の入院料（特定機能病院入院基本料）
- ・看護配置7対1一般病棟の入院料（急性期一般入院料1）
- ・地域の拠点的な病院に対する入院料の加算（総合入院体制加算、急性期充実体制加算）
- ・DPC

◆包括期・慢性期

- ・地域包括医療病棟の入院料（地域包括医療病棟入院料）
- ・地域包括ケア病棟の入院料（地域包括ケア病棟入院料）
- ・包括期・慢性期病棟における薬剤費用

## 1.全体像

### ・検討項目



## 2.高度急性期

- ・ ICUに対する評価 ①入院料の基本点数  
②入院料の加算
- ・ 脳卒中治療に対する評価

## 3.急性期

- ・ 特定機能病院の入院料
- ・ 7対1一般病棟 ①背景と論点  
②急性期評価指標  
③救急搬送件数等に対する評価
- ・ 拠点的な病院の急性期機能
- ・ DPC ①基礎係数  
②点数設定方式  
③算定ルール

## 4.包括期・慢性期

- ・ 包括期の機能について
- ・ 地域包括医療病棟 ①算定要件  
②基本点数
- ・ 地域包括ケア病棟
- ・ 薬剤投与に対する費用

ここからは、各項目の具体的な論点を紹介していきます。  
まず、高度急性期に関する議論についてです。

## 【2.高度急性期】ICUに対する評価 ①入院料の基本点数

## 宿日直医師に関する人員配置基準を緩和、実績要件を厳格化か

## 背景

## 特定集中治療室管理料

- 算定対象**
- 意識障害又は昏睡
  - 急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪
  - 急性心不全（心筋梗塞を含む）
  - 急性薬物中毒
  - ショック
  - 重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等）
  - 広範囲熱傷
  - 大手術後
  - 救急蘇生後
  - その他外傷、破傷風等で重篤な状態

## 【基準要件】

- 専用治療室への医師・看護師等の人員配置
- 重症患者割合等

## 《2024年度改定》

【既存点数】「1～4」

非宿日直医師の常時配置を必須化

高

低

【新設点数】「5・6」  
宿日直医師を配置追加で医師確保  
できない病院

移行

議論の  
状況

## ①医師の配置基準

医師の宿日直の有無によって患者の受け入れ方針に差はなし

## ②ICUを持つ病院の機能

## 【課題】

救急搬送件数・全身麻酔実施件数がそれぞれ1,000件/年未満の施設がある

救急搬送件数により  
医療資源投入量に差「新たな地域医療構想」の方向性  
救急・急性期は一定の症例を集約改定の  
方向性

## ①医師の配置基準

人員配置基準を緩和か  
（宿日直医師配置でも高い点数）

## ②ICUを持つ病院の機能

救急搬送件数・全身麻酔実施件数の要件厳格化か



高度急性期に関する議論の1つ目は、ICUに関する評価です。

ICUについては、入院料（特定集中治療室管理料）の基本点数と加算の見直しが検討されています。まず、基本点数について解説します。

## ◆背景

「特定集中治療室管理料」は、意識障害や急性呼吸不全等の患者で、専用の治療室への医師・看護師等の人員配置基準や重症患者割合等の要件を満たしている場合に算定できます。2024年度改定では、既存の点数（同管理料1～4）は宿日直を行っていない医師の常時配置が必須とされ、宿日直を行う医師を配置した場合の区分（同管理料5・6）が既存点数より低い点数で新設されました。この見直しにより、医師を追加で確保できない病院は、低い点数へ移行せざるを得ず、減収となったようです。

## ◆議論の状況

## ①医師の配置基準

医師の宿日直の有無によって患者の受け入れ方針に大きな差がないことが報告され、評価の見直しが論点となっています。

## ②ICUを持つ病院の機能

ICUを持つ病院の役割には、重症な救急搬送患者や全身麻酔手術後の患者の管理があるとした上で、病院によっては救急搬送件数と全身麻酔実施件数それぞれが1,000件/年未満であることが課題とされました。また、救急搬送件数によって医療資源投入量にも差があり、「新たな地域医療構想」において救急・急性期は一定の症例数を地域の拠点病院に集約していく方向性が示されていることも踏まえて、算定要件の見直しが論点となっています。

## ◆改定の方向性

①既存点数の人員配置基準が緩和され、宿日直医師を配置しても高い点数が算定できるようになる可能性があります。

②救急搬送件数と全身麻酔実施件数の実績要件が、それぞれ1,000件/年以上に厳格化されることにより、ICUを持つ病院が絞り込まれる可能性があります。

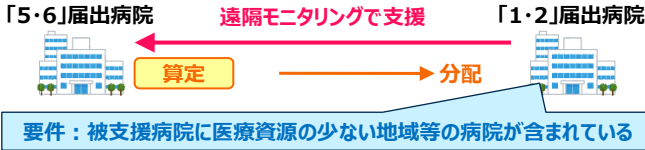


## 【2.高度急性期】ICUに対する評価 ②入院料の加算

## 遠隔モニタリング支援の要件緩和、重症対応の対象病院拡大

## 背景

## ①特定集中治療室遠隔支援加算



## ②重症患者対応体制強化加算

- ・専門性の高い看護師・臨床工学技士の配置
- ・院内外の人材育成の取り組み

## 【要件】

「急性期充実体制加算」の届出 等

議論の  
状況

## ①特定集中治療室遠隔支援加算

(2025年7月1日時点)

- ・届出病院 5施設
- ・支援病院 2施設

医療資源の少ない地域等に  
「5・6」届出病院が少ない  
→支援病院側が要件を満たせない

## ②重症患者対応体制強化加算

特定機能病院は「急性期充実体制加算」の  
届出不可

→取り組みを行っても算定できない

改定の  
方向性

## ①特定集中治療室遠隔支援加算

支援病院側に設定されている被支援病院の所在要件を  
撤廃か

## ②重症患者対応体制強化加算

特定機能病院が算定可能となるか

株式会社メディカル・リート

7

ICUの2つ目、「特定集中治療室管理料」の加算についてです。  
2種類の加算点数に対する算定対象の見直しが検討されています。

## ◆背景

## ①特定集中治療室遠隔支援加算

宿日直を行う医師を配置した場合の「特定集中治療室管理料5・6」届出病院（被支援病院）が、宿日直を行わない医師を配置している同管理料「1・2」届出病院（支援病院）から遠隔モニタリングにより支援を受けることを評価した加算で、報酬の算定は被支援病院が行い、支援病院と分配します。支援病院は複数の病院を支援することが可能ですが、被支援病院に、医療資源の少ない地域又は医師少数区域に所在する病院が含まれていることが必須要件となっています。

## ②重症患者対応体制強化加算※

専門性の高い看護師と臨床工学技士を配置して重症患者の対応を強化するとともに、院内外の人材育成に取り組むことを評価した加算で、地域の拠点的な病院の機能を評価した「急性期充実体制加算」の届出が要件の1つとなっています。

## ◆議論の状況

## ①特定集中治療室遠隔支援加算

2025年7月1日時点で、届出は5施設、支援病院は2施設のみでした。医療資源の少ない地域等に同管理料「5・6」届出病院が少なく、支援病院側に設定されている要件が論点となっています。

## ②重症患者対応体制強化加算

特定機能病院は「急性期充実体制加算」の届出ができないため、加算で評価されている取り組みを行っている施設があるにもかかわらず算定できないことが論点となっています。

## ◆改定の方向性

- ①支援病院側に設定されている被支援病院の所在要件が撤廃される可能性があります。
- ②特定機能病院が算定可能となるよう要件が見直される可能性があります。

※「救命救急入院料」にも設定されています。

## 1.全体像

- ・ 検討項目



## 2.高度急性期

- ・ ICUに対する評価 ①入院料の基本点数  
②入院料の加算
- ・ 脳卒中治療に対する評価

## 3.急性期

- ・ 特定機能病院の入院料
- ・ 7対1一般病棟 ①背景と論点  
②急性期評価指標  
③救急搬送件数等に対する評価
- ・ 拠点的な病院の急性期機能
- ・ DPC ①基礎係数  
②点数設定方式  
③算定ルール



## 4.包括期・慢性期

- ・ 包括期の機能について
- ・ 地域包括医療病棟 ①算定要件  
②基本点数
- ・ 地域包括ケア病棟
- ・ 薬剤投与に対する費用

次に、急性期に関する議論についてです。

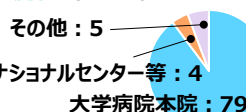


## 新たな承認要件を踏まえ、病院の役割や機能に応じた点数を設定か

### 背景

#### 特定機能病院

88施設（2025年11月1日時点）



#### 承認要件

##### 現行基準

・高度医療の提供  
・高度医療の研修 等

見直し

#### 基礎的基準（2026年4月目途施行予定）

現行基準

+

【大学病院本院】地域医療への人的協力  
【ナショナルセンター等】高度な教育・研修  
→大学病院本院に準じた役割として評価

### 議論の状況

#### 特定機能病院入院基本料

病棟の種類（一般・精神等）  
ごとに看護配置で点数区分

例）一般病棟で看護配置7対1  
同じ点数（1,822点/日）を算定

大学病院本院

ナショナルセンター等

その他

病院の役割や機能  
に応じた評価体系へ

### 改定の方向性

#### 新たな承認要件を踏まえ、点数を細分化か

①基礎的基準を満たす病院 ②①に準じる役割を果たすナショナルセンター等 ③現行の承認要件を満たすその他の病院

はじめに、特定機能病院に関する議論を紹介します。

特定機能病院に対する入院料（特定機能病院入院基本料）の見直しが検討されています。

#### ◆背景

2025年11月1日時点において、88施設が特定機能病院として承認されており、内訳は大学病院本院が79施設、ナショナルセンター等が4施設、その他の病院が5施設となっています。

現行では、高度な医療や研修等を実施する能力を持つこと等が承認要件となっていますが、2040年頃を見据えると、大学病院本院には地域医療において果たす役割が一層求められていることから、大学病院本院がそうした役割を担える水準を確保できるよう、現行の承認要件に地域医療への人的協力等の要件を加えた「基礎的基準」が設定されることになりました。ナショナルセンター等については、高度な教育・研修を行っている場合は、大学病院本院に準じた役割を果たしているとして評価されることになり、2026年4月を目途に新たな承認要件が施行される予定です。

#### ◆議論の状況

現行の「特定機能病院入院基本料」は、病棟の種類（一般・精神等）ごとに看護配置により点数が区分されており、病棟の種類と看護配置が同一であれば、大学病院本院でもナショナルセンターでも同じ点数を算定します。そこで、特定機能病院の承認要件の見直しに伴い、病院の役割や機能に応じた評価の在り方が論点となっています。

#### ◆改定の方向性

新たな承認要件を踏まえ、①基礎的基準を満たす病院、②①に準じる役割を果たすナショナルセンター等、③現行の承認要件を満たすその他の病院——に点数が細分化されると考えられます。

## 【3.急性期】7対1一般病棟 ①背景と論点

## 軽症・中等症の高齢者救急の増加と、7対1一般病床の削減が課題

## 背景

## 7対1一般病棟



- ・一般病棟で最も手厚い看護配置
- ・重症度の高い急性期入院医療を提供

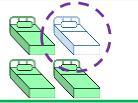
地域の拠点的な病院の多くが「急性期一般入院料1」算定

## 【今後の急性期ニーズ】

- ・軽症・中等症の高齢者救急が**増加**
- ・医療資源を要する手術等が**減少**

## 近年の改定の方向性

7対1一般病床を削減する見直し



## 《2024年度改定》

- ・地域包括医療病棟の創設  
高齢者救急に対応
- ・「急性期一般入院料1」の算定要件厳格化

## 論点

急性期評価指標の見直し



救急搬送受け入れ件数等に対する評価

次に、看護配置7対1一般病棟（以下、7対1一般病棟）に関する議論です。  
まず、背景と論点について紹介します。

## ◆背景

7対1一般病棟は、一般病棟の中で最も看護配置が手厚く、重症度の高い急性期入院医療を提供する病棟であり、地域の拠点的な病院の多くが「急性期一般入院料1」を算定しています。一方、今後の急性期のニーズについては、軽症・中等症の高齢者救急が増加し、多くの医療資源を要する手術等は減少することが見込まれています。そのため、近年の改定は、7対1一般病床を削減する方向で見直しが行われており、前回改定では、高齢者救急に対応する地域包括医療病棟を創設した上で、「急性期一般入院料1」の算定要件が厳格化されました。

## ◆論点

前回改定の見直しの影響や病院の機能の観点から、下記の2つが論点となっています。

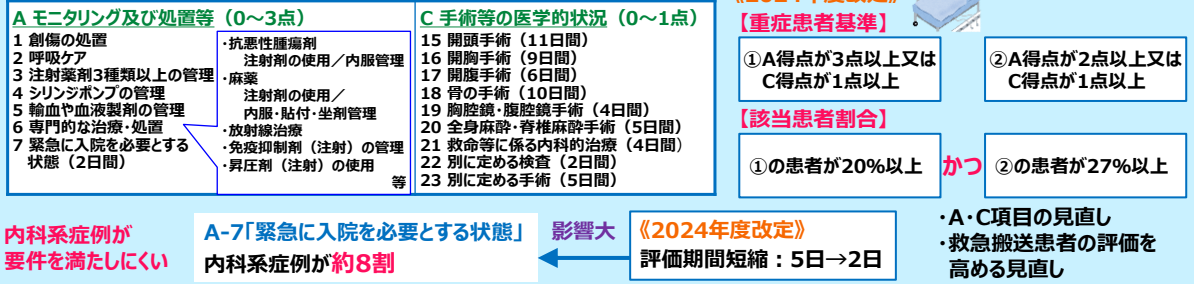
- ①急性期評価指標の見直し
- ②救急搬送受け入れ件数等に対する評価

次のスライドから、2つの論点について詳しく解説します。

## 【3.急性期】7対1一般病棟 ②急性期評価指標

## 要件を満たしにくい内科系症例の評価を引き上げるための見直し

## 議論の状況 重症度、医療・看護必要度Ⅱに係る評価票



## 改定の方向性

## A・C項目

内科系症例に関連した項目の追加

緊急入院の評価 一定の係数で救急搬送受け入れを指数化、該当患者割合に合算

《係数0.005の場合》

下記病院の例

- ・救急搬送受け入れ件数1,000件（年間）
- ・急性期一般病床100床
- ・評価票による該当患者割合15%

## 【計算方法】

$$1,000 \text{ 件} \div 100 \text{ 床} = 10 \text{ 件/床}$$

$$(1 \text{ 床当たり年間救急搬送受け入れ件数})$$

$$10 \times 0.005 = 5\%$$

$$15\% + 5\% = 20\%$$

論点の1つ目は、急性期評価指標の見直しに関する議論です。  
内科系症例の評価を引き上げるための見直しが検討されています。

## ◆議論の状況

前回の改定で、7対1一般病棟の対象患者は「重症度、医療・看護必要度Ⅱに係る評価票」にあるスライドの項目によって判定されることになり※、「重症患者基準」に該当する患者割合（以下、該当患者割合）が「基準①の患者が20%以上かつ基準②の患者が27%以上」であることが要件となりました。

しかし、この評価項目は、外科系症例に比べて内科系症例が要件を満たしにくく、内科系患者を受け入れる病院の評価が低いことが課題とされました。中でも項目にある緊急入院（救急搬送含む）は、内科系症例が約8割を占めており、前回の改定で評価期間が5日から2日に短縮された影響が大きかったため、A・C項目の見直しと救急搬送患者の評価を高める見直しが論点となっています。

## ◆改定の方向性

A・C項目については、内科系症例に関連した項目が追加されると考えられます。

緊急入院については、評価期間を単純に5日に戻すことは入院日数延長の誘因になり得るため、厚生労働省は一定の係数を定めて救急搬送の受け入れを指数化し、該当患者割合に合算する評価方法の導入を提案しています。例えば係数が0.005と設定された場合、スライドに示した計算方法により、救急搬送受け入れに対する評価は5%となります。評価票による該当患者割合が15%だった場合、これに加算され、最終的な該当患者割合は20%となるというものです。新たな評価方法の導入に対する中医協委員からの反対意見はないため、今後、導入に向けてさらに検討が進むと考えられます。

※評価票には「Ⅰ」と「Ⅱ」がありますが、看護配置7対1一般病棟については、許可病床200床未満病院で電子カルテシステムを導入していない病院を除き、「Ⅱ」を用いることが必須となっています。

## 1.全体像

- ・ 検討項目



## 2.高度急性期

- ・ ICUに対する評価 ①入院料の基本点数  
②入院料の加算
- ・ 脳卒中治療に対する評価

## 3.急性期

- ・ 特定機能病院の入院料
- ・ 7対1一般病棟 ①背景と論点  
②急性期評価指標  
③救急搬送件数等に対する評価
- ・ 拠点的な病院の急性期機能
- ・ DPC ①基礎係数  
②点数設定方式  
③算定ルール

## 4.包括期・慢性期

- ・ 包括期の機能について
- ・ 地域包括医療病棟 ①算定要件  
②基本点数
- ・ 地域包括ケア病棟
- ・ 薬剤投与に対する費用



次に、包括期・慢性期に関する議論です。

## 【4. 包括期・慢性期】包括期の機能について

## 高齢者救急等の受け皿として急性期と回復期を併せ持つ機能

《前回改定まで》

急性期～回復期

回復期

《次回改定に向けた議論》

包括期

新たな地域医療構想での病床機能報告の見直しを  
踏まえて整合を取る現行の  
病床機能報告

①高度急性期

②急性期

③回復期

④慢性期

新たな地域医療構想の  
病床機能報告

①高度急性期

②急性期

③包括期

④慢性期

## 高齢者救急等の受け皿として急性期と回復期を併せ持つ

- ・高齢者等の急性期患者について、治療と入院早期からのリハビリ等を行い、早期の在宅復帰を目的とした治し支える医療を提供する機能
- ・急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリを提供する機能
- ・特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリを集中的に提供する機能（回復期リハビリテーション機能）

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



個別項目の議論を紹介する前に、「包括期」の機能について紹介します。

これまでの改定では、「急性期～回復期」や「回復期」等とされてきた病床機能が、次回改定に向けた議論では、「包括期」と表現されています。

これは、新たな地域医療構想で病床機能報告が見直されることを踏まえて、整合を取ったものです。現行の病床機能報告では、①高度急性期、②急性期、③回復期、④慢性期——の4つに病床機能が区分されていますが、新たな地域医療構想では、このうちの③回復期が、高齢者救急等の受け皿として急性期と回復期を併せ持つ「包括期」に変更されます。具体的にはスライドのような機能を担う病床が包括期に位置付けられ、主に地域包括医療病棟、地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟が該当します。

## 【4.包括期・慢性期】地域包括医療病棟 ①算定要件

## 厳しく、実態に合っていない算定要件を見直し

## 背景

地域包括医療病棟入院料  
(前回改定で新設)

高齢救急患者の受け皿としての機能  
→リハビリテーション・栄養管理・  
在宅復帰等を包括的に提供

算定  
要件

- ・看護配置10対1以上
- ・平均在院日数21日以内
- ・休日含め全ての日にリハビリ提供可能な体制
- ・退院時ADLが入院時より低下した患者割合5%未満
- ・自院転棟割合5%未満
- ・在宅復帰率80%以上

等

届出は低調

届出病院 **149施設**  
(2025年3月時点)議論の  
状況

## 平均在院日数と退院時ADLの要件が実態に合っていない

- ・高齢になるほど在院日数が長くなる傾向
- ・高齢者の方が退院時ADLが低下する割合が高い

算定要件が  
厳しい改定の  
方向性

実態を踏まえた算定要件の見直し

- ・平均在院日数
- ・退院時ADL



要件緩和

それでは、ここから個別項目の議論を紹介します。

まず、地域包括医療病棟に関する議論です。地域包括医療病棟に対する入院料（地域包括医療病棟入院料）の算定要件と基本点数の設定に関する見直しが検討されています。

まず、算定要件の見直しについてです。

## ◆背景

「地域包括医療病棟入院料」は、高齢の救急患者の受け皿としての機能を担い、リハビリテーションや栄養管理、在宅復帰等を包括的に提供する病棟に対する入院料で、前回の改定で新設されました。看護配置は10対1以上で、平均在院日数21日以内、休日を含めた全ての日にリハビリテーションが提供できる体制の整備、退院時ADLが入院時より低下した患者の割合が5%未満、自院一般病棟からの転棟割合5%未満、在宅復帰率80%以上等の要件が定められています。届出は低調で、2025年3月時点の届出病院は149施設となっています。

## ◆議論の背景

高齢になるほど在院日数が長くなる傾向や、高齢者の方が退院時ADLが低下する割合が高いという特徴が示され、平均在院日数と退院時ADLの要件は実態に合っていないという指摘があります。前回の改定直後から算定要件が厳しいという意見も多いことから、算定要件の見直しが論点となっています。

## ◆改定の方向性

平均在院日数や退院時ADLの患者割合の要件緩和等、実態を踏まえた算定要件の見直しが行われると考えられます。



## 点数細分化や包括範囲見直しにより内科系症例を評価か

### 背景

地域包括医療病棟入院料の  
基本点数

疾患や病態にかかわらず一律

薬剤や処置、検査等の費用は  
一部を除き包括

### 議論の 状況

入院料に包括される医療行為を出来高で計算した場合…

点数

内科系  
疾患

>

外科系  
疾患

高齢者に頻度が高い

点数

手術なし  
緊急入院

>

手術目的  
予定入院

点数差も大きい

内科系症例  
の方が利益が  
少ない

### 改定の 方向性

内科系症例に対する評価を充実か

・点数の細分化  
・包括範囲の見直し 等

株式会社メディカル・リート

21

次に、「地域包括医療病棟入院料」の基本点数の設定に関する見直しについてです。

#### ◆背景

基本点数は患者の疾患や病態にかかわらず一律で、薬剤や処置、検査等の費用は一部を除き包括されています。

#### ◆議論の背景

入院料に包括されている医療行為を出来高で計算した場合、高齢者に頻度の高い内科系症例の方が外科系症例よりも点数が高い傾向にある他、手術のない緊急入院の方が手術目的の予定入院よりも点数が高く、点数差も大きいことが分かりました。つまり、内科系症例の方が利益が少ないことが考えられ、評価の在り方が論点となっています。

#### ◆改定の方向性

点数の細分化や包括範囲の見直し等によって、内科系症例に対する評価の充実が図られると考えられます。



### ①急性期一般病棟は内科系症例の評価引き上げへ

### ②拠点的な病院に対する加算を統合・再編か

### ③包括期・慢性期病棟で出来高算定可能な薬剤拡大へ

#### ①急性期一般病棟は内科系症例の評価引き上げへ

現行の重症度、医療・看護必要度の評価票の項目では、内科系症例の方が外科系症例よりも「急性期一般入院料1」の算定要件を満たしにくく、内科系患者を受け入れる病院の評価が低いことが課題となっています。見直しの議論では、評価項目に内科系症例に関連した項目を追加するとともに、内科系症例が約8割を占める緊急入院に対する新たな評価方法の導入が提案されています。新たな評価方法は、一定の係数により指数化した救急搬送の受け入れを加味して評価するというもので、今後、導入に向けてさらに検討が進められると考えられます。

#### ②拠点的な病院に対する加算を統合・再編か

地域の拠点的な病院の急性期機能に対する入院料の加算である「総合入院体制加算」と「急性期充実体制加算」の2つについては、統合・再編される可能性があります。「総合入院体制加算」は総合的な診療体制を、「急性期充実体制加算」は高度で専門的な手術等を評価した点数ですが、各加算の「1」では共通の要件もあります。併算定不可のため、病院はいずれかを算定することになりますが、報酬の差や評価が複雑なことが課題となっており、見直されることが考えられます。

#### ③包括期・慢性期病棟で出来高算定可能な薬剤拡大へ

高齢化の進展により、抗がん剤や生物学的製剤等の高額な薬剤の投与を続けながら包括期・慢性期を過ごす患者が増えています。一方で、包括期・慢性期病棟の入院料には、一部を除き薬剤費用が包括されており、抗がん剤については、地域包括医療病棟や療養病棟等では出来高算定であるものの回復期リハビリテーション病棟では包括対象で、生物学的製剤については、いずれの病棟も包括対象となっています。これらの病棟での受け入れ困難なケースとして、多くの病院が高額な薬剤の使用を挙げていることから、次回改定では包括期・慢性期の病棟で出来高算定となる薬剤が拡大される可能性があります。

2026年度の入院医療に関する診療報酬改定では、高度急性期医療の絞り込みやDPCに関する見直し、包括期機能の強化等について検討されています。

### ICUを持つ病院の集約化

救急搬送件数・全身麻酔実施件数の要件厳格化を検討  
→ ICU病院の集約化が進むか



### DPC病院における早期退院の促進

第Ⅱ日を平均在院日数から在院日数の中央値に変更することを検討  
→ 入院期間の短縮が進むか



### 包括期・慢性期病棟における高額薬剤・抗がん剤の投与増加

包括期・慢性期病棟で高額薬剤や抗がん剤の出来高算定を検討  
→ 地域包括医療病棟や回復期リハビリテーション病棟等で投与が増加するか



2026年度の入院医療に関する診療報酬改定では、高度急性期医療の絞り込みやDPCに関する見直し、包括期機能の強化等について検討されています。

#### ◆ICUを持つ病院の集約化

ICU管理の入院料について、救急搬送件数や全身麻酔実施件数の実績要件が厳格化される可能性があることから、ICUを持つ病院の集約化が進むかもしれません。

#### ◆DPC病院における早期退院の促進

DPC病院では、第Ⅱ日（現行では平均在院日数）に退院する患者数が多いこと等から、第Ⅱ日が在院日数の中央値に見直される可能性があり、入院期間の短縮が進むかもしれません。

#### ◆包括期・慢性期病棟における高額薬剤・抗がん剤の投与増加

包括期・慢性期病棟について、地域包括医療病棟や療養病棟等の入院料に包括されている生物学的製剤等や、回復期リハビリテーション病棟入院料に包括されている抗がん剤の費用が出来高算定になった場合には、当該病棟での投与が増加するかもしれません。

担当施設の先生に、自院の現状や2026年度診療報酬改定における入院関連の見直しの注目点等について伺ってみてはいかがでしょうか。

- ① ICUの入院料（特定集中治療室管理料）は、宿日直医師を配置した場合にも高い点数を算定できるようにすることが検討されているようですが、貴院でも宿日直許可を取得したことによる減収等の影響はありましたか。
- ② 7対1一般病棟の「重症度、医療・看護必要度」は、前回改定の結果、内科系症例の多い病院が該当患者割合を満たしにくくなったことから、救急搬送の受け入れを考慮した評価への見直しが検討されているようです。貴院でも前回改定による影響は大きかったのでしょうか。
- ③ 拠点的な急性期機能の評価について、併算定できない2つの加算（総合入院体制加算、急性期充実体制加算）は、点数差や評価の複雑さを踏まえて統合・再編が検討されているようです。貴院では、算定する加算をどのように決められたのでしょうか。また、算定する加算を踏まえて診療体制等の変更等はされましたか。
- ④ DPCについては、持参薬ルールの周知徹底が検討されているようです。貴院では、外来で処方されている薬剤を入院時にどうしたらよいか患者さんから聞かれた場合、どのように回答されているのでしょうか。
- ⑤ 前回改定で新設された地域包括医療病棟は、算定要件が厳しく届出が低調であることから、要件緩和が検討されています。貴院では届出を検討したことはありますか。また、その際にハードルとなった要件はあるのでしょうか。
- ⑥ 地域包括ケア病棟等でも生物学的製剤等の高額薬剤を出来高算定可能とすることが検討されていますが、患者さんの使用薬剤によって入院受け入れが難しいケースもあるのでしょうか。

スライドは、研修内容を活用するための質問例です。

担当施設の先生に、自院の現状や2026年度診療報酬改定における入院関連の見直しの注目点等について伺ってみてはいかがでしょうか。