

茨城県医療法人協会勉強会 病院入院改革の中心的課題



2026年2月27日
18 : 30 – 20 : 00

社会医療研究所所長
兵庫県立大学名誉教授

小 山 秀 夫

Professor Emeritus, Ph.D.

Email hideophd@gmail.com

小山秀夫 略歴

上智大学大学院博士課程をへて厚生技官（研究職採用）
病院管理研究所医療管理部研究員、主任研究官をへて
1992年国立医療・病院管理研究所 医療経済研究部長、
2002年国立保健医療科学院 経営科学部長、
2006年静岡県立大学経営情報学部教授、
2010年兵庫県立大学経営研究科医療マネジメント教授、
2021年同社会科学研究科経営専門職専攻特任教授、
2025年兵庫県立大学・朝日大学・藤田医科大学・佐久大学客員教授。

社会医療研究所 所長

日本病院DX推進機構・日本在宅救急医学会理事

日本慢性期医療協会・地域包括支援病棟協会参与

COIの開示

小山秀夫

一般社団法人シルバーサービス振興会理事
一般財団法人竹田健康財団理事

介護キャリア段位等
会津若松市竹田総合病院

以上から非常勤監査役・役員等報酬をえています。以下は無給です。

日本病院DX推進機構・日本在宅救急医学会理事
日本慢性期医療協会・地域包括支援病棟協会参与

一般社団法人日本医療・病院管理学会監事

特定非営利活動法人日本介護経営学会副理事長

一般社団法人日本健康・栄養システム学会事務局長

臨床栄養師養成

一般社団法人日本臨床看護マネジメント学会事務局長

看護必要度研修

社会医療研究所所長

社会医療ニュース毎月発刊

1. 世界の潮流が変化

政治・経済・社会・安全保障・国際協調のすべての
潮流が変化した。

戦争・安全保障

インフレ・資源高

貧富の差が拡大

保守主義への回帰

自国ファースト

移民排斥

権威主義国家同盟

国際協調主義は困難





何が起きるか予測不能です

一番好きな言葉は「関税」

パナマとグリーンランドは必要

カナダは51番目の州になれば

メキシコ湾はアメリカ湾だよ





不法移民の国外退去、関税強化による**MAGA**（偉大な米国復活）政策、反**LGBT**、脱**WHO**（世界保健機構）、自由主義陣営各国に対する軍事予算の増額要請、2010年のオバマケア（正式名称：患者保護並びに医療費負担適正化法）の廃止など

★ ★ ★ ★ ★
**MAKE
AMERICA
GREAT AGAIN!**

MAGA は **DEI** が大嫌い
多様性・公平性・包摂性は大切ですよね

Diversity

個人や集団に存在する
さまざまな違い



Equity

公平な扱い、不均衡の調整を
行うこと

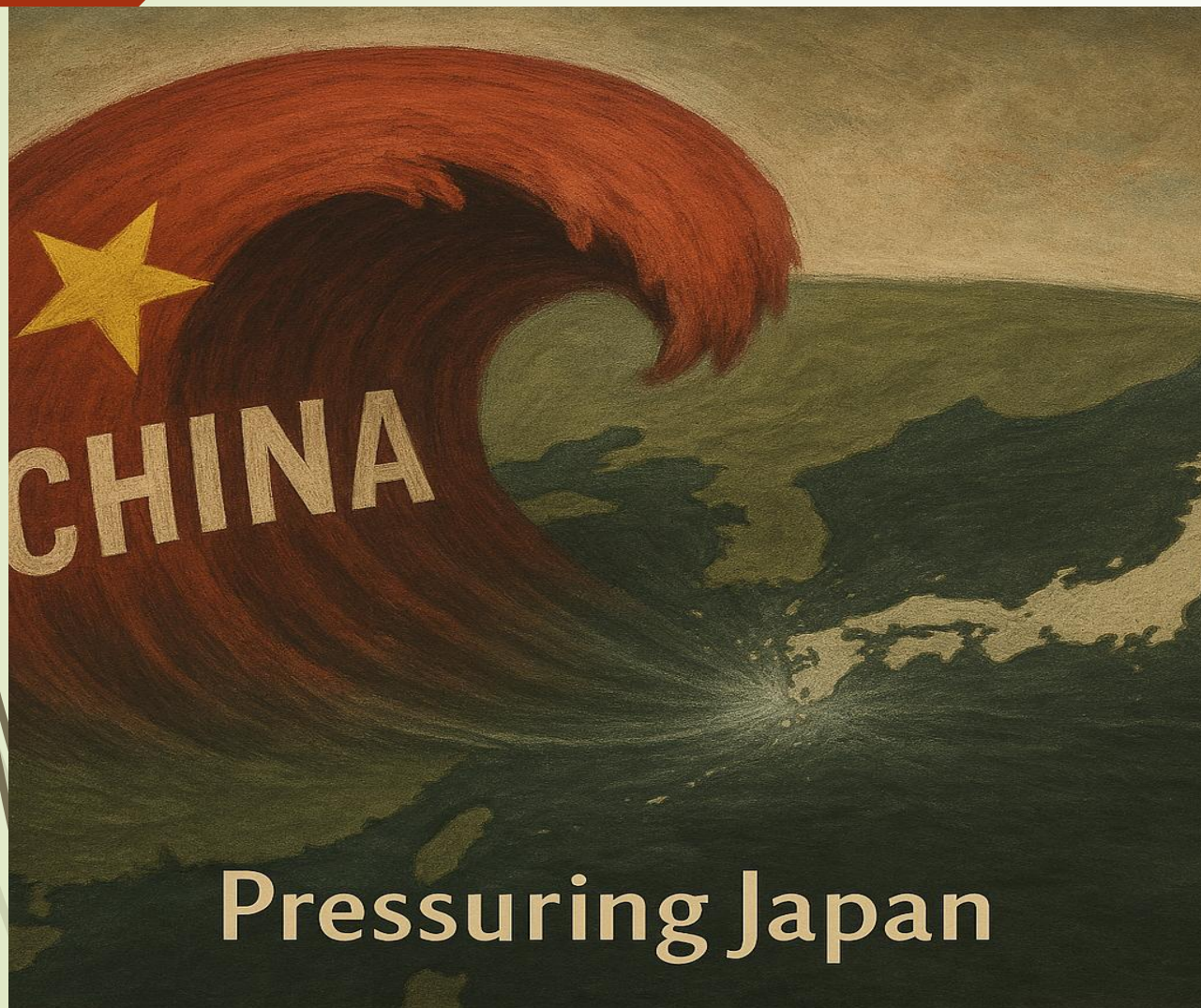


Inclusion

一人ひとりの多様性が認められ
誰もが組織に貢献できる状態



2. 日本政治の潮目



誰もが感じる
中華圧
恐怖心は共通化

安全保障
やばい！

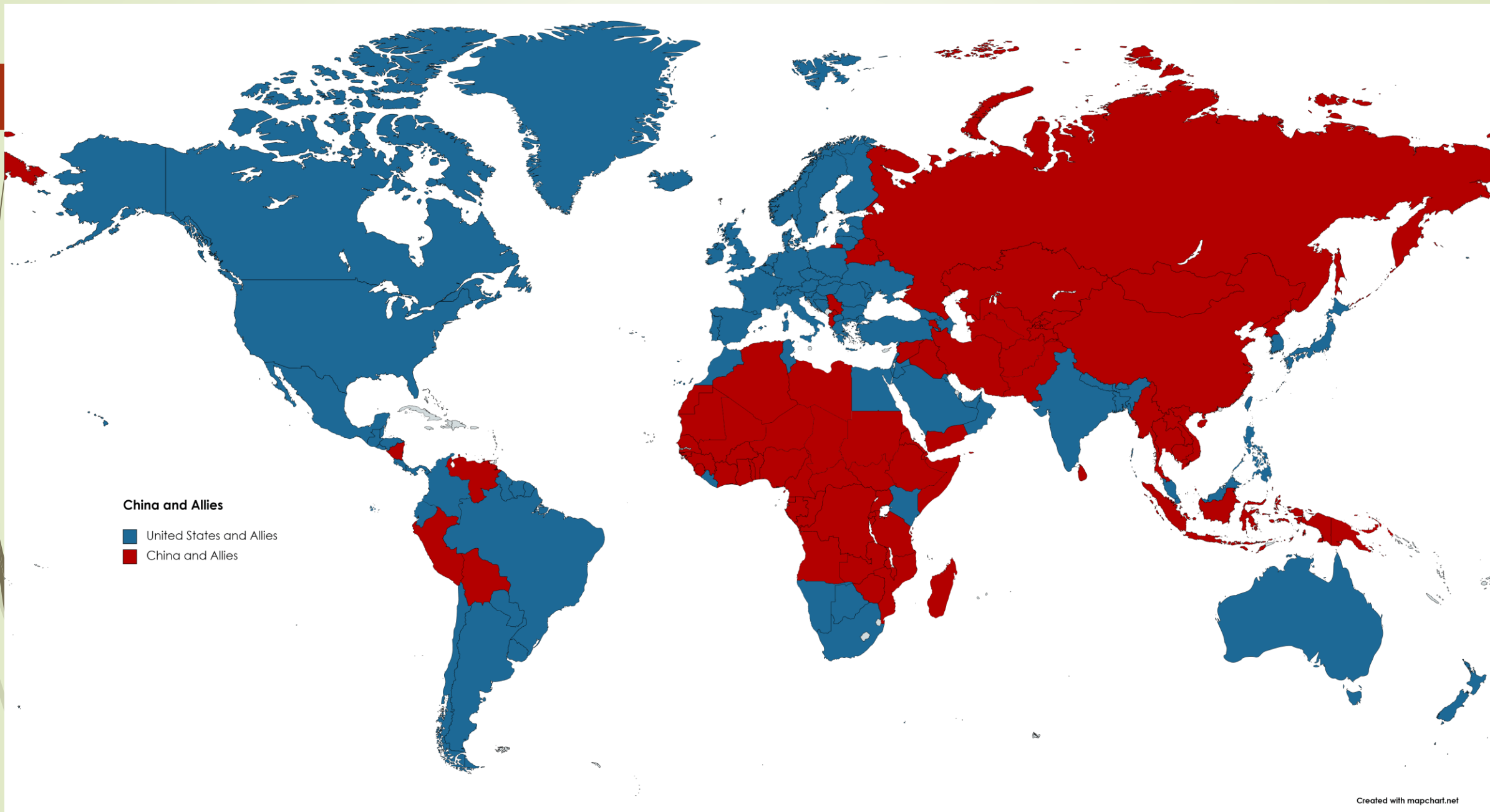


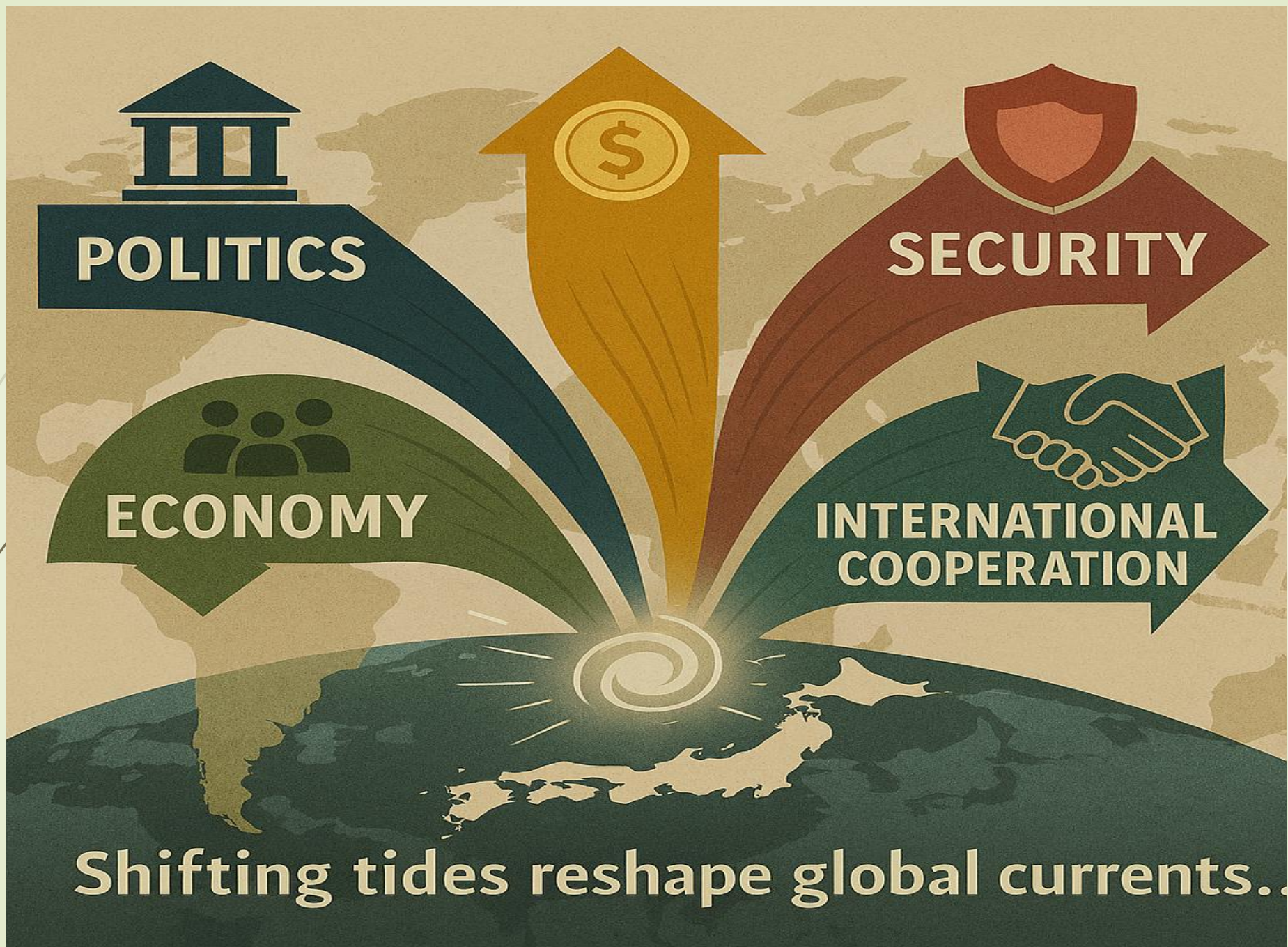
速報 北京の軍事パレード 中朝首脳並んで観閲へ

ABEMA
news/

中華圧
早苗頼りの
Big Air
高く回るも
着地しだい







3. 診療報酬改定の潮目

01. INTRODUCTION

2026 MEDICAL FEE REVISION: HISTORIC +3.09% HIKE

2026年度診療報酬改定: 30年ぶりの歴史的引き上げ、その中身とは？

2026年度の診療報酬改定で、政府は医療サービスの公定価格である「診療報酬本体」を+3.09%引き上げることを見定めました。これは物価高騰と深刻な人手不足による医療機関の経営危機に対応するための、30年ぶりとなる高水準の決定です。

HISTORIC +3.09% HIKE BREAKDOWN

+3.09%

診療報酬本体

1996年度以来、30年ぶりの高水準となる歴史的な引き上げ。

ALLOCATION (配分)

WAGE INCREASE
(賃上げ対応分)
+1.70%

INFLATION RESPONSE
(物価高騰対応分)
+1.29%

POLICY & REGULAR
(政策・通常改定分)
+0.25%

EFFICIENCY & OPTIMIZATION
(効率化・適正化)
▲0.15%

EMERGENCY TRANSFUSION

(医療崩壊を防ぐための「緊急輸血」)

物価高と賃上げ競争で、医療機関の経営は赤字が深刻化していた。

IMPACT ON THE PUBLIC

(国民生活への影響)

HOSPITALIZATION COSTS INCREASE

(入院時の負担増)



+40 YEN / MEAL

(1食あたり40円増)

新しい基準額は730円となり、患者の自己負担が増加する。



+60 YEN / DAY

(1日あたり60円増)

2006年の制度創設以来、初めての引き上げとなる。

NET REVISION RATE

(ネット改定率)

APPROX. +2.2%

薬価・材料価格の引き下げ(約-0.8%)を反映した全体の改定率。

「急性期病院一般入院基本料」の新設（A/B区分）急性期病院を病棟単位ではなく病院単位で評価

A：看護配置7対1、救急搬送2000件以上＋全麻手術1200件以上などの高い実績要件

B：看護配置10対1、救急搬送1500件以上など複数の基準

→ 実績のある急性期病院を“地域の基幹”として明確に位置づける動き。

② 新たな地域医療構想（2040年を見据えた再編）との連動

2025年に医療法改正案が閣議決定され、「高齢者救急・地域急性期機能」と「急性期拠点機能」が重視。
・ 高齢者救急・地域急性期：早期離床・退院支援・在宅連携を重視。

・ 急性期拠点：症例集約、救急搬送体制の強化、医療従事者の働き方改革を前提

→ 急性期病院は「救急・手術・重症対応の安定供給」が必須条件に。

③ DPC評価の再編（救急・手術実績で基礎係数を区分）

DPCの基礎係数が、救急搬送数や全麻手術件数で2区分化される方向。

→ 実績のある急性期病院ほど診療報酬上の優位性が強まる。

急性期の「選別」と「集約」が進む

急性期を続ける病院→ 救急・手術・重症対応の症例集約が必須

急性期を維持できない病院→ 回復期・地域包括・在宅連携へシフト

“急性期の看板を掲げるだけ”の時代は終わる。

急性期病院は「救急・手術・重症対応の拠点」へ再定義される

急性期一般入院基本料の新設は、急性期を「病棟の看護必要度」ではなく「病院の実績と体制」で評価する方向への転換。

今後の急性期病院に求められるもの

- 救急搬送の受け入れ能力・全麻手術の一定件数
- 早期離床・早期リハ・退院支援と地域連携
- 医療従事者の働き方改革に対応した体制

→ 急性期は「地域の救急・重症の最後の砦」としての役割が強化される。

③ 在院日数の短縮と地域連携が経営の前提条件

A：平均在院日数16日以内 B：21日以内

これが意味すること • 急性期病院は「入院早期から退院後を見据えた介入」が必須 • 回復期・在宅との連携が弱い病院は急性期を維持できない

• 院内完結型の医療モデルは限界に

④ 人材確保・処遇改善が経営の死活問題に

2026改定では、医療従事者の賃上げ評価が拡大し、継続的な賃上げを行わない医療機関は入院基本料が減算される可能性があります。

→ 急性期病院は「人材に投資できるか」が生き残りの分岐点。

急性期病院の再編は、医療現場の文化・組織にも大きな影響を与える

「組織文化」「専門職連携」「歴史的アナロジー」

- “専門性の集約”が進む
 - ➡ 音楽史でいえば、大都市の歌劇場に優秀な演奏家が集まる構造？
 - ➡ 地域の急性期医療も同じく、症例と人材が拠点に集中する。
- “チーム医療の質”が病院の存続を左右する
 - ➡ 急性期は「救急・手術・重症対応」の連携が命。
 - ➡ 組織文化の成熟が不可欠。
- “地域とのネットワーク”が病院の評価軸になる
 - ➡ 院内完結ではなく、地域全体で患者を支えるモデルへ

中小急性期病院は“ケアミックス化”か“急性期撤退”の選択を迫られる

急性期病院一般入院基本料Aではケアミックスが認められず、

Bでも一部制限があります。

その結果：

- 中小病院は急性期の実績要件を満たしにくい
- 地域包括・回復期・在宅へ転換する病院が増える
- 地域の急性期は少数の拠点病院に集約される

令和8年度 診療報酬改定（入院部門） 入院基本料そのものの構造的な見直し

- 急性期一般入院料の引き上げ

急性期一般入院料1：

1688点 → 1874点（新設の「急性期病院一般入院基本料」）

救急搬送件数・全麻手術件数・地域の救急受入状況など、

病院の実力に応じた新たな区分（A/B）が導入

急性期病院A：1930点

急性期病院B：1643点

病院の機能分化をより明確にし、実績に応じた評価へ移行する流れ

A「高度急性期の拠点病院」 B「地域中核の急性期病院」

項目	急性期病院A	急性期病院B
想定される病院像	大学病院・DPC特定病院級の拠点	地域中核病院
看護配置	7対1	10対1
救急搬送件数	年間2000件以上	1500件以上 または 500件＋全麻手術500件以上 など複数要件のいずれか
全身麻酔手術件数	年間1200件以上	上記の複数要件の一部として500件以上など
平均在院日数	16日以内	21日以内
在宅復帰率	8割以上（要件）	明確な数値要件はAより緩やか
併設可能病棟	地域包括ケア病棟・地域包括医療病棟は併設不可	地域包括ケア病棟の併設が可能
点数（1日）	1930点（最上位）	1643点（急性期一般2より低い）
病院の役割	高度急性期の拠点として集約化	地域の急性期医療を支える中核

物価高騰への対応：入院物価対応料の新設

物価上昇（光熱水費・委託費・医療材料費など）に対応するため、すべての医療機関が算定できる新しい加算「物価対応料」導入。

● 入院物価対応料の特徴

令和8年6月～令和9年5月：所定点数

令和9年6月以降：点数が2倍に増額

入院基本料などに併算定可能

👉 これまでの「賃上げ加算」のような時限措置ではなく、**恒久的なコスト上昇に備える仕組み**が整備されました。

看護配置・働き方改革への対応

看護師配置基準や勤務時間要件の見直し

主なポイント

- 常勤職員の「常勤要件」の勤務時間数を見直し
- 多職種協働体制の評価を新設
- 事務作業の効率化（ICT活用）を推進
- 身体拘束最小化の取り組み強化（減算の厳格化）
- 看護師不足に対応しつつ、質の高いケアを維持するための制度改定だといえます。



リハビリテーション関連の大幅な見直し
リハビリ領域も大きく変わります。

主な変更点

- リハビリ実績指数の算出方法の見直し
 - 訓練内容に応じた評価の細分化
 - 発症早期リハのさらなる推進
 - 回復期リハ病棟入院料の評価体系の見直し
 - データ提出加算を要件とする入院料の拡大
- アウトカム（成果）重視の評価へシフト



**地域包括ケア病棟・療養病棟の見直し
機能に応じた評価へ再整理。**

- **地域包括ケア病棟の初期加算の見直し**
- **後方支援機能の評価強化**
- **療養病棟入院基本料の見直し**

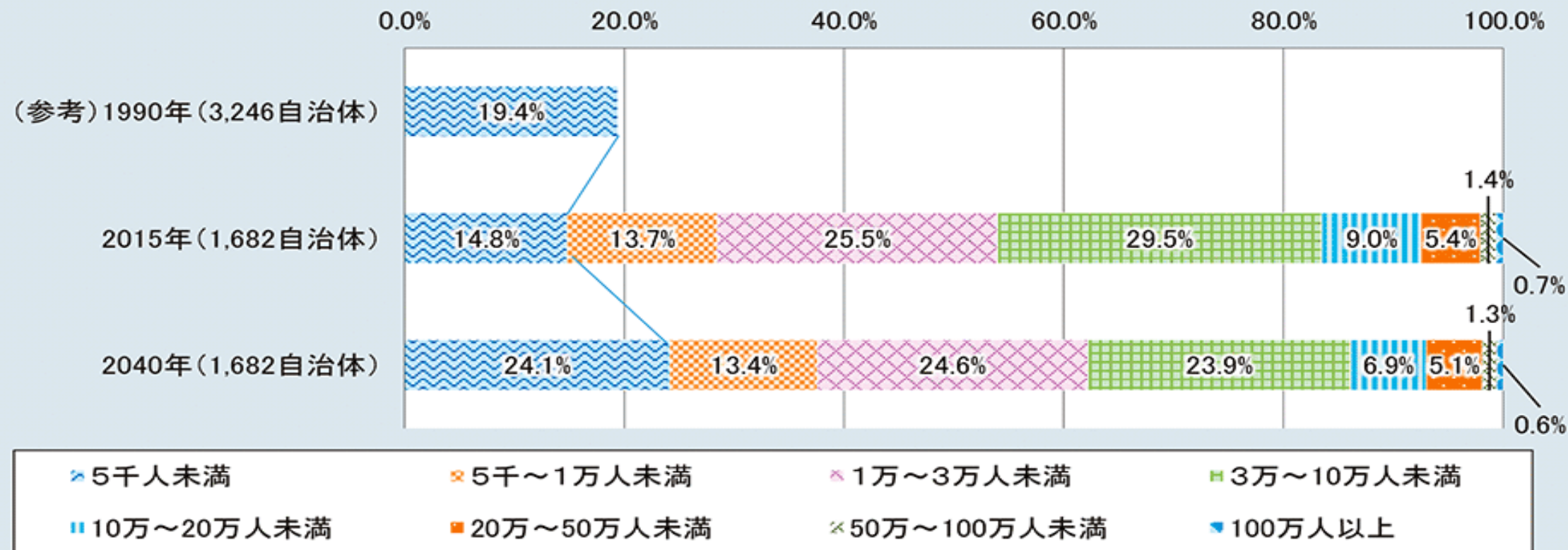
地域完結型医療の強化が狙い。

まとめ

改定の方方向性	内容
物価高騰への恒久対応	入院物価対応料の新設、基本料の引き上げ
病院機能の明確化	急性期病院A/B区分の導入、実績に応じた評価
働き方改革の推進	看護配置・勤務時間要件の見直し、ICT活用
アウトカム重視	リハビリ実績指数や入院料の評価方法を改定
地域包括ケアの強化	地域包括ケア病棟・療養病棟の評価見直し

図表 1-2-4

市区町村の人口規模別分布



資料：1990年は総務省「国勢調査」、2015年及び2040年は国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30年推計）」

(注) 1990年の市町村数は、東京都の特別区部は1市として計算した。

(注) 2015年、2040年の市区町村（自治体）は2018年3月1日現在の1,682市町村（778市、東京23区、713町、168村）で、福島県内の市町村は含まない。

入院リハビリテーション診療報酬改定

1. 「離床なきリハビリ」への減算が新設

ベッド上での漫然としたリハビリを抑制

● 離床を伴わない20分以上の個別療法 → 減算

脳血管・心大血管・運動器・呼吸器・廃用症候群リハ

1日あたり算定上限が2単位に制限

目的：活動量向上・早期離床の推進

「ベッドサイドで20分だけやる」時代が終わる

リハビリ実績指数の見直し（回復期リハ病棟）
回復期リハ病棟の評価は、実績指数の計算式が
大幅に変更。

主な変更点

80歳以上の除外規定が撤廃（高齢者も実績に反映）

計算方法の明確化

データ提出加算の要件強化

高齢者が多い病棟ほど影響が大きいため、
病棟運営の再設計が必要になります。

訓練内容に応じた評価の細分化

訓練内容（歩行・ADL・筋力など）に応じた点数の見直し
医療機関外での訓練（家屋評価・外出訓練）の上限緩和
1日3単位超でも算定可能（入院中合計3～6単位まで）
実際の機能改善につながる訓練を評価する方向へ

回復期リハ病棟入院料の要件厳格化

- 実績指数の厳格化
- 高次脳機能障害者への退院支援の評価強化
- 後方支援機能の評価見直し
- 地域包括ケア病棟との役割分担の明確化

多職種協働の評価が新設

急性期病棟を中心に、**リハ職が病棟で協働する体制**が新たに評価
看護・多職種協働加算（新設） 対象：急性期一般4、急性期病院Bなど
リハ職・管理栄養士・検査技師などが病棟で協働
点数：協働加算1：277点 協働加算2：255点

リハ職が病棟チームの中核として働くことが評価される時代へ

リハビリテーション総合計画評価料の再編

- ➡ 「目標設定等支援・管理料」が廃止
- ➡ **総合計画評価料に一本化（初回・2回目以降）**
- ➡ 事務負担の軽減が目的

計画書関連の業務がシンプルに 摂食嚥下リハの要件緩和

- ➡ ST配置要件が「専従 → 専任でも可」に緩和
- ➡ 摂食嚥下機能回復体制加算の算定がしやすくなる

人材不足に配慮した現実的な見直し

改定テーマ	内容
離床の推進	離床なきリハ減算の新設
アウトカム重視	実績指数の見直し、80歳除外撤廃
質の向上	訓練内容に応じた評価細分化
病棟機能の明確化	回復期リハ病棟の要件厳格化
多職種連携	看護・多職種協働加算の新設
事務負担軽減	計画書関連の一本化
人材不足への対応	ST要件緩和、働き方改革

4. 日本の病院経営の潮目

病院改革の中心的課題は経営継続性

1. 公的資金が投入されているかどうかに関係。
2. 人が取れない病院は継続できない。
3. 病院の護送船団は前提ではないし、継続難が当たり前。
4. 人口減になると経済が回らなくなるので地域と病院は一体。
5. 成功者が褒められず、失敗の責任を取らなのか。

国も自治体も地域住民もだれも助けられる体力がない



患者負担は増加する

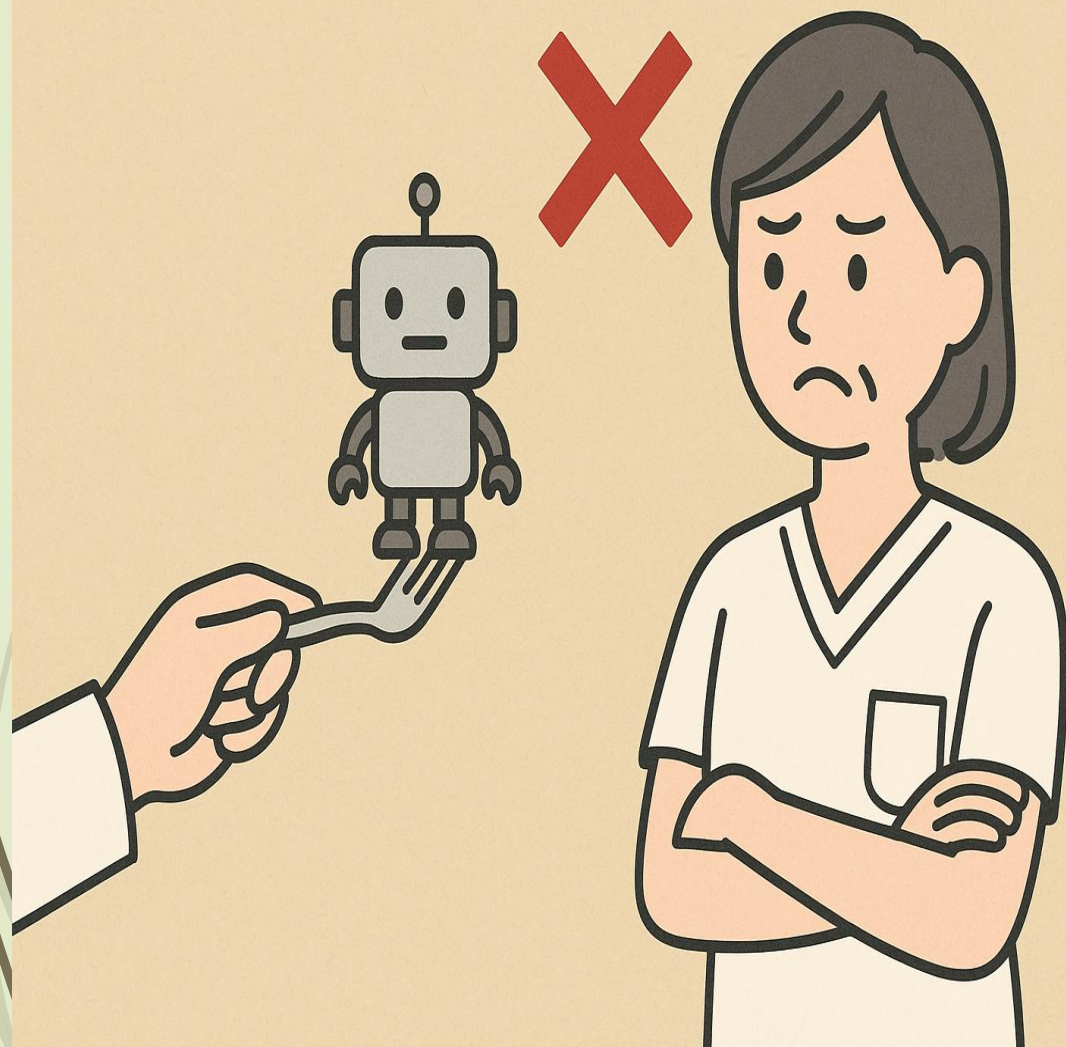
薬剤費

光熱水道費

食材費

建築費

人件費



トム・スタンダージ,服部 桂(訳) 「ヴィクトリア朝時代のインターネット」 (ハヤカワ文庫NF) , 5 2 頁。

(前略) この得体のしれない発明に何らかの価値があるようには見えなかった。彼は再三にわたって夢想者と断定され,彼の事業はばかげたものだという烙印を押された。

「サミュエル・モールス (Samuel F. B. Morse)」の死亡記事は,1872年に New York Times に実際に掲載されています。検索結果の中に,ニューヨーク・タイムズの死亡記事 (Obituary) への言及が確認できます。小山



職種別AIができること

看護師： 看護計画の構成案,複雑な手順書の要約,患者教育資料作成。

医師： 診療情報提供書・退院サマリーの下書き,鑑別診断の壁打ち。

リハビリテーション・薬剤・放射線： 論文抄読の効率化（要約），
多言語患者への説明補助。

共通： 専門用語を「患者さんに伝わる平易な言葉」に翻訳。

- **文書作成：** 会議議事録の要約,通知文・お礼状の作成。
- **データ処理：** Excel関数の作成,VBAコードの生成,アンケート結果の分析。
- **企画・教育：** 研修プログラムの案出し,院内マニュアルのQ&A化。
- **メリット：** 白紙から考える時間をゼロにし,推敲に時間を使える。

雑務を引き受けて
くれる頼れる相棒

AIエージェント

感知



推論



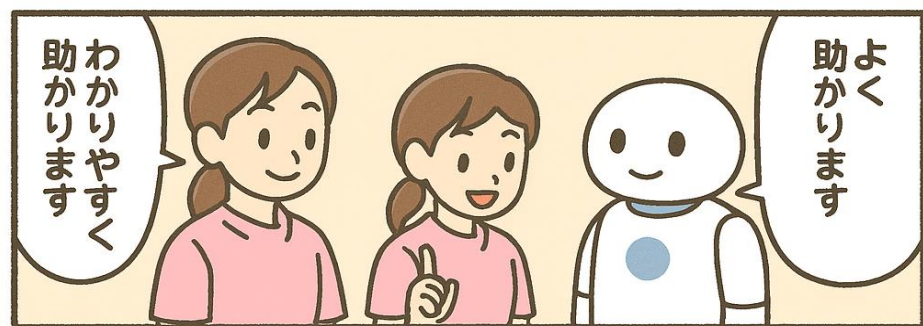
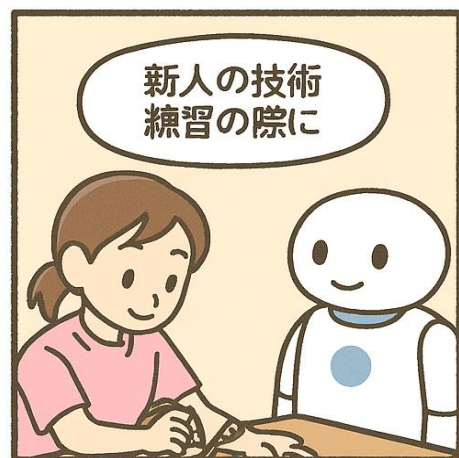
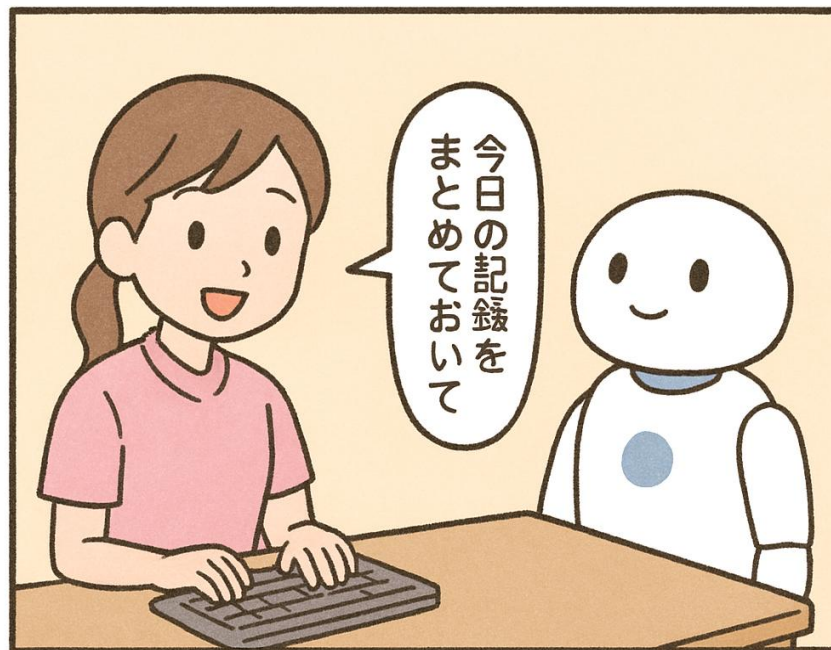
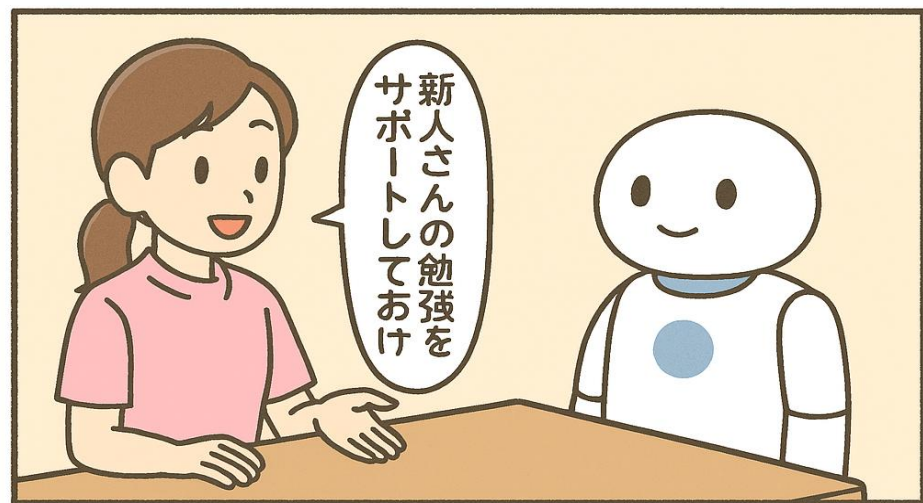
行動

(ツールを使い実行)



学習

(結果を見て改善)



院内「AI利用の5力条」

1. 匿名性の徹底：患者さんは「Aさん」として相談する。
2. 事実の確認：AIの回答は「本当か？」と疑ってかかる。
3. 責任の所在：最終的なアウトプットの責任は、常に人間（自分）にある。
4. 対話の継続：期待外れの回答なら、指示を変えてもう一度聞く。
5. 知見の共有：「これに使えた！」という事例を部署内で共有する。

皆様生き残ってくださいませ。感謝です。

