

特集

2026年度

診療報酬改定

—— 混迷の時代、岐路に立つ日本の医療 ——



地域病院経営に抜本改革を

日本病院会会長・相澤孝夫氏

「人口減少と高齢者割合の地域差を踏まえる必要がある。入院・救急医療は都道府県が策定する医療計画に基づき二次医療圏内で提供されているが、現在の制度は実態と合致していない」と指摘する。

「今後は生産年齢人口と高齢者人口がともに減少する地域や、生産年齢人口のみが減少し高齢者人口は増加する地域など、地域差はますます拡大する。高齢患者の医療費は利益率が低く、多くの患者を診療しなければ黒字化しにくい。一方、生産年齢人口を対象とする医療は利益率が高いものの、受診者が減少すると大幅な赤字に陥るリスクがある」(同氏)。

病院の事業利益率

療養型以外は全てマイナス

今改定で政府が示したポイントは、賃上げや物価高への対応、急性期・高度急性期入院医療の見直し、包括期・慢性期入院医療の見直しなど8項目に及ぶ(表)。

本体改定率プラス3.09%のうち、ベースアップ評価料の見直しなど賃上げ対応分がプラス1.70%、物価対応分がプラス0.76%、食費・光熱水費分がプラス0.09%を占めており、今改定が賃上げ・物価高対応を重視した内容であることがうかがえる。

では、今改定から病院経営者はどのようなメッセージを受け取るべきか。厚生労働省が昨年発表した報告では、病院の事業利益率は各類型で低下傾向にあり、療養型以外は全てマイナスだった(昨年9月19日、第118回社会保障審議会医療部会)。コロナ補助金を除外すれば利益率はさらに低下し、病院経営の厳しさがあらためて浮き彫りとなっている。

医療を守るには

「抜本的な改革が必要だ」

こうした現状について、相澤氏は「人口減少と高齢者割合の地域差を踏まえる必要がある。入院・救急医療は都道府県が策定する医療計画に基づき二次医療圏内で提供されているが、現在の制度は実態と合致していない」と指摘する。

「今後は生産年齢人口と高齢者人口がともに減少する地域や、生産年齢人口のみが減少し高齢者人口は増加する地域など、地域差はますます拡大する。高齢患者の医療費は利益率が低く、多くの患者を診療しなければ黒字化しにくい。一方、生産年齢人口を対象とする医療は利益率が高いものの、受診者が減少すると大幅な赤字に陥るリスクがある」(同氏)。

そこで必要となるのが、地域ごとの医療需要と人口動態を見極めた上での医療提供体制の見直しである。同氏は「病院同士の合併も選択肢となりうるが、提供する医療の内容が全く同じであれば赤字は解消されない。

昨年(2025年)、病院・クリニックの倒産件数が41件と過去最多となった。報道でも医療経営の厳しさがたびたび取り上げられ、社会に大きな衝撃と不安を与えている。このような逼迫した医療環境を踏まえ、政府は2026年度診療報酬改定で1996年度以来30年ぶりとなる本体でプラス3%超の改定率を決定。賃上げ・物価高対応に加え、急性期医療の機能再編を促す新区分なども新設され、病院経営への影響に注目が集まっている。今改定を病院経営者はどのように受け止めるべきか。日本病院会会長の相澤孝夫氏(慈泉会理事長・相澤病院最高経営責任者)に話を聞いた。

従来の枠組みにとらわれない、抜本的な改革が必要だ」と強調する。

こうした課題は、地方だけの問題ではない。都心部では今後、高齢者人口の大幅な増加が予測されており、地方と同様に需要に応じた医療へと転換できなければ病院経営は立ち行かなくなるという。

病院経営の方向性検討促す

今改定は、病院単位での救急搬送件数・手術件数を算定基準とする「急性期病院一般入院基本料」や、一部の高難度手術で算定できる「外科医療確保特別加算」が新設されるなど、急性期医療の集約化を進めようとする政府の意図がうかがえる。

急性期医療の算定は、施設基準が厳格で点数が高い急性期病院一般入院基本料の2区分「急性期病院A一般入院料 1,930点」「急性期病院B一般



相澤 孝夫氏

入院料 1,643点」と、従来型の「急性期一般入院料1~6」から、実績に応じて各医療機関が選択することになる。これは「集約化」の名の下、各地域で急性期医療を担う施設の選別が進みかねない設計ともいえる。

一方、地域包括医療病棟については高齢化がさらに進む2040年を見据え、一律3,050点としている評価を細分化する。地域包括医療病棟を1(急性期とのケアミックスなし)と2(同あり)に分け、予定／緊急入院や手術の実施状況に応じて、それぞれ入院料1~3で評価(3,066~3,367点)。包括期病棟のみで診療を担い、救急受け入れなどにも対応する負担を考慮し、ケアミックスなしの病院をより高く評価する仕組みである。

こうした病院機能の評価に鑑み、相澤氏は「これまでの医療は、病院側

が幅広い内容をフォローしていても経営が成り立っていた。しかし、今後も同じことを続けていけば、経営は悪化する一方だ。今後、病院経営者は急性期医療と包括期・慢性期医療のどちらを提供するのか、選択を迫られている」と説明する。

同氏は日本病院会会長として全国の支部を回り、「地域の現状を見てください。人口の構成が変わり、求められる医療も変わりつつある」と訴え、病院経営者に選択の検討を促している。「地方では人口減少や医療人材の確保難から経営が切迫しており、改革への理解は比較的得られやすい。一方、都心部では依然として医療需要が高い分、検討が進みにくいという課題がある」(同氏)。

勤務医は「自身の役割の判断」を

勤務医の在り方についても、相澤氏は「今後の医療需要を踏まえて、自身のキャリアを考えてほしい」と話す。例えば、専門医として新設の急性期病院Aでの勤務を希望する場合、医療技術のさらなる向上に加え、チーム医療としての他職種と連携するスキルも求められる。

「今後さらに需要が高まる包括期医療を目指すのであれば、専門性を有したスキルの習得が必要だろう。介護福祉士、訪問看護師、ケアマネジャーなどの幅広い職種と連携し判断するスキルが欠かせない」(同氏)。「いずれにせよ、次回診療報酬改定までは病院の経営改善のための猶予期間と捉え、われわれ現場の医療者が、それぞれの地域の医療ニーズを再考する時期とすべきなのではないか」と同氏は述べた。

表 2026年度診療報酬改定のポイント

1. 賃上げや物価への対応

- ▶ 賃上げに向けた評価
- ・2026・27年度での各3.2%(看護補助者などは5.7%)の賃上げに向けたベースアップ評価料の見直し(点数の見直し、夜勤手当への充当を可能にする)

▶ 物価動向への対応

- ・2026・27年度の物価上昇に対応する「物価対応料」の新設、入院時の食費・光熱水費基準額の引上げなど

2. 急性期・高度急性期入院医療の見直し

- ▶ 急性期・高度急性期の医療機関機能に応じた評価の見直し
- ・急性期病院一般入院基本料の新設、特定機能病院入院基本料の見直し
 - ・急性期総合体制加算の新設(既存評価を改組し、総合性と手術などの集積性を持つ病院を評価)
 - ・特定集中治療室管理料などの見直し(救急搬送や全身麻酔を実績要件化)
- ▶ 多職種が病棟で協働する体制の評価

3. 包括期・慢性期入院医療の見直し

- ▶ 「治し、支える医療」の実現に向けた各評価の見直し
- ・地域包括医療病棟の見直し(高齢者特性に配慮した要件見直しなど)
 - ・回復期リハビリテーション病棟の見直し(実績指数要件の対象拡大など)
 - ・療養病棟入院基本料の医療区分要件の見直し
- ▶ 質の高い包括期入院医療の評価
- ・生活に配慮した支援を強化するための入退院支援加算1の引上げ
 - ・身体的拘束の最小化を組織的に行う際の評価の新設

4. 業務効率化・負担軽減などに向けた取組み

- ▶ ICTなどの活用による業務効率化・負担軽減
- ・見守りや記録などでICTを組織的に活用した際の看護配置基準の柔軟化
 - ・生成AIなどを組織的に活用した際の医師事務作業補助体制加算の柔軟化
- ▶ やむを得ない事情で看護要員が不足する場合の取扱いの柔軟化

5. 人口の少ない地域・医師偏在対策

- ▶ 人口少数地域で医療提供機能を確保するための評価の新設
- ・医療提供機能連携確保加算の新設(人口少数地域での外来・在宅医療の確保の支援や、緊急入院の受入体制がある病院を評価)
- ▶ 診療科偏在対策の推進
- ・地域医療体制確保加算2の新設(若手医師が減少し、体制確保が必要な診療科の医師を対象として、勤務環境や処遇を改善する取組を評価)
 - ・外科医療確保特別加算の新設(長時間高難度手術の実施体制を整備し、外科医の勤務環境や処遇を改善しつつ手術を行う場合を評価)

6. 外来医療の機能分化・強化など

- ▶ 外来の機能分化の推進
- ・特定機能病院などの外来診療料などの減算に係る逆紹介割合の基準の見直し
 - ・特定機能病院などからの紹介患者の初診に関する加算の新設
- ▶ 外来に係る評価の見直し
- ・生活習慣病管理料の包括範囲や地域包括診療加算などの対象患者の見直し
 - ・時間外対応加算の引上げ、名称変更

7. 質の高い在宅医療・訪問看護の推進

- ▶ 在宅医療に関する評価の見直し
- ・地域で在宅医療における積極的役割を担う医療機関の更なる評価
- ▶ 訪問看護に関する評価の見直し
- ・同一建物に居住する利用者の人数などに応じたきめ細かな評価への見直し
 - ・地域と連携した精神科訪問看護体制を評価

8. 重点的な対応が求められる各分野での対応(救急、小児・周産期、精神医療、DX・オンライン診療など)

- ▶ 救急医療
- ・救急外来医療の24時間提供体制の評価の拡充(救急外来医学管理料の新設)
 - ・救急患者連携搬送料について、民間救急などを活用した転院搬送や下り搬送の受入側を評価
- ▶ 小児・周産期医療
- ・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の評価(産科管理加算)
 - ・小児科以外で成人移行医療を実施の際に難病外来指導管理料を算定可
- ▶ 精神医療(続き)
- ・急性期病院精神病棟入院料の新設(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を新設する)
 - ・精神科地域密着多機能体制加算の新設(小規模医療機関などで外来医療や障害福祉サービスを一体的に提供する取組を評価)
- ▶ 医療DX・オンライン診療の評価の見直し
- ・電子的診療情報連携体制整備加算の新設(医療DXに係る評価を改組)
 - ・D to P with Nでの訪問看護の同時実施可、別途訪問時の評価を新設



本体がプラス3.09%、全体でもプラス2.22%と、異例の引き上げ幅となった2026年度診療報酬改定。医療ジャーナリストの村上和巳氏と株式会社AMI&I代表取締役で医療経営コンサルタントの溝口博重氏に、今改定に込められた政策意図を議論してもらった。（取材日：2026年3月14日）

賃上げ対応、「強制」に近い

——今改定は賃上げと物価高対応が中心となった。受け止めは

溝口 賃上げ対応は事実上の強制だ。ベースアップ評価料を取得しなければ施設基準上の減算があり、大きな病院では数千万円単位の減収になりかねない。来年（2027年）4月以降は非算定施設で各種補助金の申請ができなくなる可能性が高く、届け出ない選択肢は事実上ない。

物価対応料は、診療報酬体系の中に補助金的な性格の項目を組み込んだ点で評価できない。ただ経営側として、取得しない選択肢もない。

村上 イラン情勢など昨今の国際情勢リスクも無視できない。200床・稼働率75%の病院で試算すると光熱水費増収分は年間約27万円だ。これは液化天然ガス（LNG）価格が20%以上上昇すればあっという間に吹き飛ぶ金額だ（表）。また、原油価格の上昇はディスポーザブル製品や医薬品の供給リスクにも波及しか

ねない。

国のメッセージ「従来の病院経営では困る」

——急性期・回復期の見直しはどうか

村上 急性期病院一般入院基本料の新設が大きい。ケアミックス病院は算定できない設計で、急性期医療の集約化を強かに推進しようとする意図が明確だ。

背景には高市政権の政策がある。今年の衆議院議員選挙では自民党の政権公約に「新たな地域医療構想による医療機関の連携・再編・集約化の推進」と明記された。旧来の「病床の適正化支援」から「病院機能そのものの再編」へと地域医療構想の目的が格上げされている。

溝口 「回復期」から「包括期」への名称変更も象徴的だ。退院後も含む地域全体での継続的なケアを求める国のメッセージがうかがえる。

私は今回の改定で地域医療は「第三世代」を迎えたと捉えている。病院の経営そのものに国が介入する段

階に入っており、「従来通りの病院経営では困る」というメッセージが改定全体から読み取れる。

——診療所への影響は

溝口 限定的だが、4月にはかかりつけ医機能報告制度による実態把握が本格化する。将来的に、地域連携に参加しない診療所への制約が強まる可能性がある。

村上 生活習慣病管理料（Ⅰ）（Ⅱ）は算定要件が一部緩和された一方、血液検査の6カ月に1回以上の実施が要件化された。

溝口 国が臨床にも口を出し始めた表れだ。標準的な医療をガイドラインではなく診療報酬で縛るという、中央集権的な改革の一環といえる。

2030年の医療はどうなる

——日本の医療政策は今後どのように推移するか

村上 高市政権は2028年の参議院議員選挙までは安定的に推移するとみているが、経済政策の失敗や日本維新の会との連立解消シナリオは排

表 LNG価格上昇に伴う電気料金の変化				
LNG上昇率	10%	20%	30%	40%
電気料金上昇率（推定）	2～4%	4～8%	6～12%	8～16%
ベーシックプラン増加額	8.3～16.6万円	16.6～33.2万円	24.9～49.8万円	33.2～66.4万円
市場調整ゼロプラン増加額	8.8～17.6万円	17.6～35.3万円	26.5～52.9万円	35.3～70.6万円
26年度改定増収額	27万円			
収支バランス	余裕あり	警戒	赤字圏突入	大幅な赤字
※ベーシックプラン（約414万円）および市場調整ゼロプラン（約441万円）の各ベース料金に上昇率（最小値）を乗じて算出 ※改定増収額：200床×稼働率75%×60円/日×30日＝27万円				

（村上和巳氏提供）

緊急取材

赤字数億円の現実 地方基幹病院が直面する試練

新潟県・JA厚生連柏崎総合医療センター

新潟市から高速道路で1時間強、JA厚生連柏崎総合医療センターは大きな岐路に立たされている。2026年度診療報酬改定の施行を控え、数億円の赤字を抱える現場の窮状と制度への期待について病院長の相田浩氏に聞いた。

——今改定が経営・賃上げに及ぼす影響は

現在の救急実績を維持できれば救急搬送受入評価などの加点が見込めるが、物価高騰分を補填し、人件費を上げなければならない。加算が実質的な賃上げにつながるかは、実際に運用してみないと不透明な部分が多い。

——40歳未満の医師や事務職も賃上げの対象となった

新潟県はそもそも医師の絶対数が少なく、他地域と比べて給与水準を上げざるを得ない。看護職や事務職などベースアップ評価料の対象者も、より手厚くしなければ採用や教育が厳しくなる。

——職員の離職と病床運用への影響は極めて深刻だ。毎年春に新人を30

人ほど採用するが、それと同数、あるいは上回る人数が辞めていく。経営難から賞与や基本給を公立病院並みに設定できない事情もあり、離職率が高止まりしている。

そのため、昨年（2025年）に293床まで病床の稼働を下げ、さらに看護師不足により病床を削りながら運用している状況だ。スタッフの減少で1人当たりの負担が増え、さらなる離職を招く負の連鎖が顕著になっている。

——地域連携と病院再編の課題は

当院は、急性期から慢性期までで一手に診ることで地域のニーズに応えようとしている。急性期病院で手術をした後、後方支援病院や施設へとスムーズに移行できればよいのだが、現状では受け皿が圧倒的に不足している。当院が規模を縮小せざるを得ない中で、行き場のない患者の行き先をどのように確保するかが喫緊の課題だ。

過去に厚生連と県立病院の統合が議論されたが、利害関係が複雑で進まなかった。同じ地域に同じ規模の

病院が並立しているのは非効率だが、現場の院長同士の話し合いだけで決めることはできない。国や県が一時的に全病院を公営化した上で公設民営にするなど、大胆なデザインを描かない限り、本当の意味での集約化は進まないだろう。

——今後の展望は

今改定は前向きに捉えたいが、現状のままでは地方の病院はつぶれてしまう。当院も、古い建物を維持しつつ救急を受け入れる中で、補助金がなければ年間数億円単位の赤字が出る状況だ。単に病院法人を存続させるためではなく、地域にこの医療を残さなければならないという使命感で動いている。



医師や看護師がやりがいを持って働ける職場をつくり、同時に住民が安心して暮らせる最低限の医療をどのように確保するか。今回の診療報酬改定を1つの契機として、地域の自治体ともしっかり足並みをそろえ、複雑な医療構想の中を生き抜いていく覚悟だ。

大幅改定、にじむ「選別」の思惑

今月は、2026年度診療報酬改定をテーマに特集をお届けした。点数算定の実務的な解説ではなく、その背後にある政策意図の読み解きを主眼に据えた。

紙面を一読いただければ分かるように、賃上げ対応や急性期医療の集約化など、今改定では「適正化」「再編」の名の下で、政策の方向性に沿わ

ない医療機関を選別していく意思がにじむ。だが、医療は地域社会を支える基盤である。改革の先で、取り残される地域や医療機関が生じないか、注視したい。

（責任編集：平山茂樹）

ウェブ版はこちら

