

別府市医療・福祉連携協議会

第1回 事務部会

「新たな地域医療構想」を踏まえた
今後の医療・介護業界の動向及び地域連携について

令和8年2月20日（金）



株式会社 美雄

代表取締役 岡内康雄

経歴

- 平成4年 梅林建設株式会社 入社
建築現場所長歴任し、官公庁・病院・福祉施設の建設に携わる
- 平成17年 医療法人百善会入職
経営企画室長拝命、病院内の業務改革及び新病院建設の
プロジェクトに携わる
- 平成21年 医療法人平成会入職
事務長補佐拝命、介護事業の立案や新規事業開設プロジェクト、
診療所・病院の吸収合併(M&A)に携わる
- 平成27年 株式会社 美雄設立
介護事業を展開 地域包括ケアシステムを推奨し、医療・介護
の連携を強化するシステム「べっぷ8」を展開中



従来の構想（2025年目標）

主な目的

病床数の適正化と機能再編

対象とする医療機能

主に入院医療（急性期・回復期・慢性期）

アプローチの中心

病院・施設中心の機能分化

連携・統合の考え方

病院単位での機能分担

注力する領域

病床、急性期・回復期の役割分担

新たな構想（2040年を見据えて）

地域医療提供体制全体の再構築

入院に加え、外来・在宅医療を含む地域全体

地域完結型医療と多職種連携

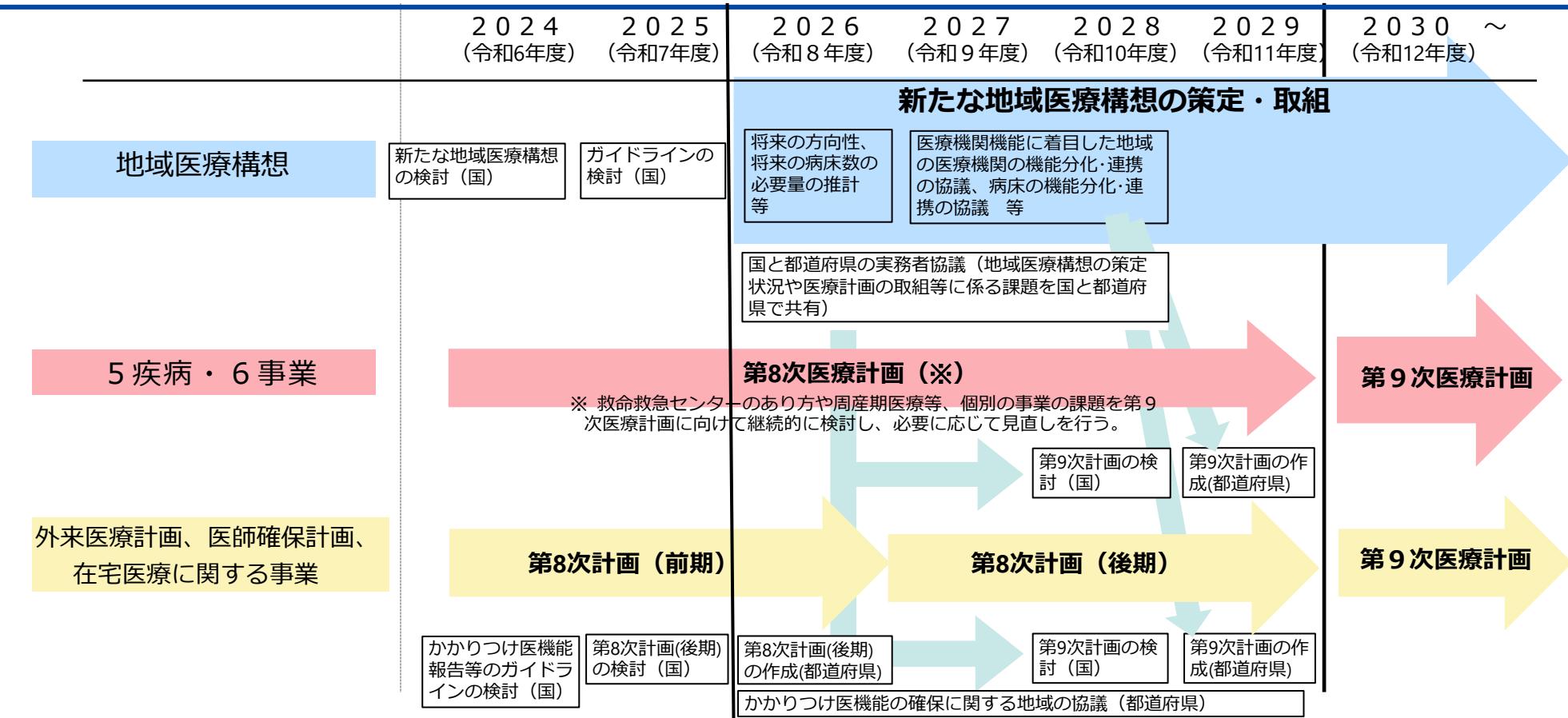
医療・介護・在宅を含めた多機関連携

外来・在宅医療、医療DX、人材確保、
医療の質向上などの包括的強化

新たな地域医療構想策定ガイドラインについて

新たな地域医療構想と医療計画の進め方

- 新たな地域医療構想について、令和7年度に国でガイドラインを検討・策定し、都道府県において、まず令和8年度に地域の医療提供体制全体の方向性、将来の病床数の必要量の推計等を検討・策定した上で、それを踏まえ、令和9～10年度に医療機関機能に着目した地域の医療機関の機能分化・連携の協議等を行うこととしてはどうか。
- 新たな地域医療構想の内容について、基本的に第9次医療計画に適切に反映されるよう、地域医療構想の策定状況や医療計画の取組等に係る課題を国と県で共有することとしてはどうか。医療計画のうち、5疾病・6事業については、個別の事業の課題を第9次医療計画に向けて継続的に検討し、必要に応じて見直しを行い、また、外来医療計画等の3か年の計画については、令和9年度からの後期計画に向けて必要な検討を行うこととしてはどうか。



急性期拠点機能に係る議論の進め方(案)

10年後には稼働！

- 各地域には、公立病院や、日赤、済生会、NHO、JCHO等の公的病院等、民間病院など、様々な設立主体の医療機関が存在し、それぞれの経営等の状況が様々である中で、1～2年で手術の実施や救急の受け入れ体制等を大きく変える合意形成は現実的ではない。また、患者の医療へのアクセスや、勤務する従事者の雇用など、様々な検討すべき点があることから、急性期拠点機能に関する方針を決定した後、ただちに急性期の症例の集約や高齢者救急の分担等の取組を完結させることは困難。
- このため、以下のとおり、**2026年以降協議を開始し、急性期拠点機能を有する医療機関の決定を遅くとも2028年までに行い、連携・再編・集約化の取組の一定の完結は2035年を目指すこと**としてはどうか。
- また、**急性期拠点機能の数については、20～30万人に1医療機関を目安とするが、手術件数等や他区域からの流入が多い場合に2つとすることや、人口が30万人超であっても流出が多く、症例数が少ない場合に1医療機関を目安として取り組むこと**としてはどうか。

急性期拠点機能の確保に向けた議論の進め方

2026年

【協議の開始】

- 2040年の人口構成や想定される医療需要等を踏まえて、2035年に必要となる急性期拠点機能の数等について検討。
- 将来を踏まえた需要や現在各医療機関が担っている医療の状況や築年数、区域内の医療資源等も踏まえながら、地域医療構想調整会議において、急性期拠点機能の集約化に向けた議論。
- 医療需要を踏まえた適正な医療機関数かどうか等に加え、雇用の観点や、患者の医療へのアクセス等についても併せて検討。
- この間、医療機関機能は一定の地域シェアや症例数で上位の医療機関は報告可能とする。

2028年頃

【取組の決定と取組の開始】

- 遅くとも2028年までに急性期拠点機能を報告する医療機関を決定**し、連携・再編・集約化の方向性を定め、2035年に向けて役割分担の取組を進める。

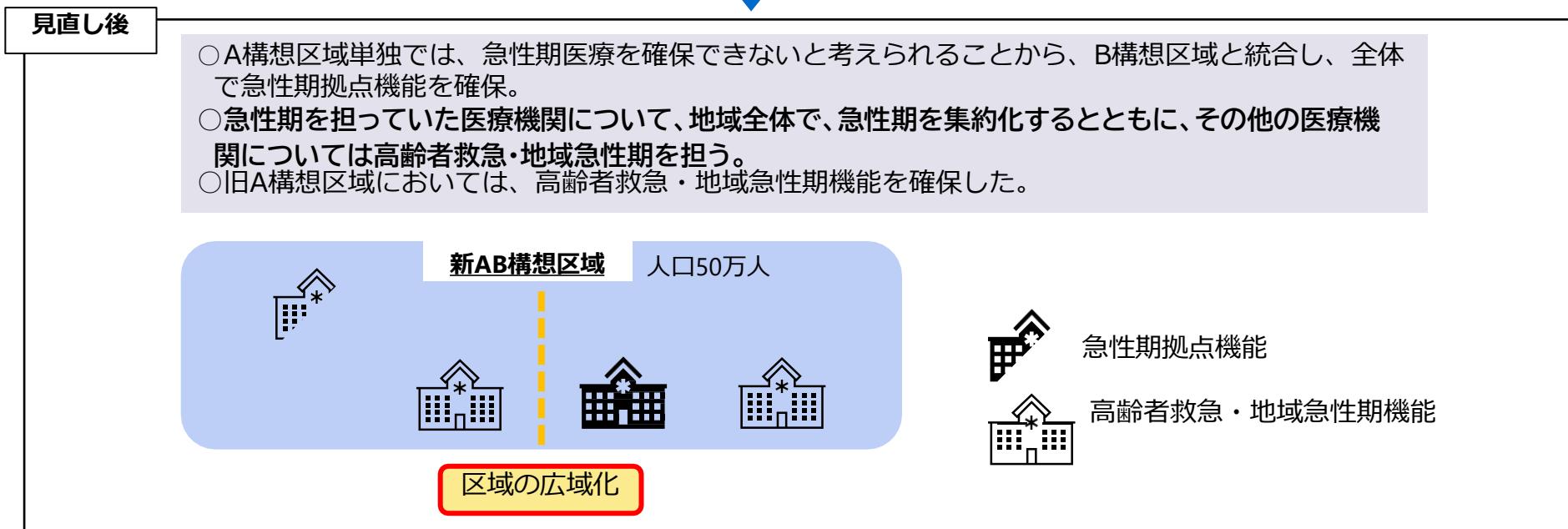
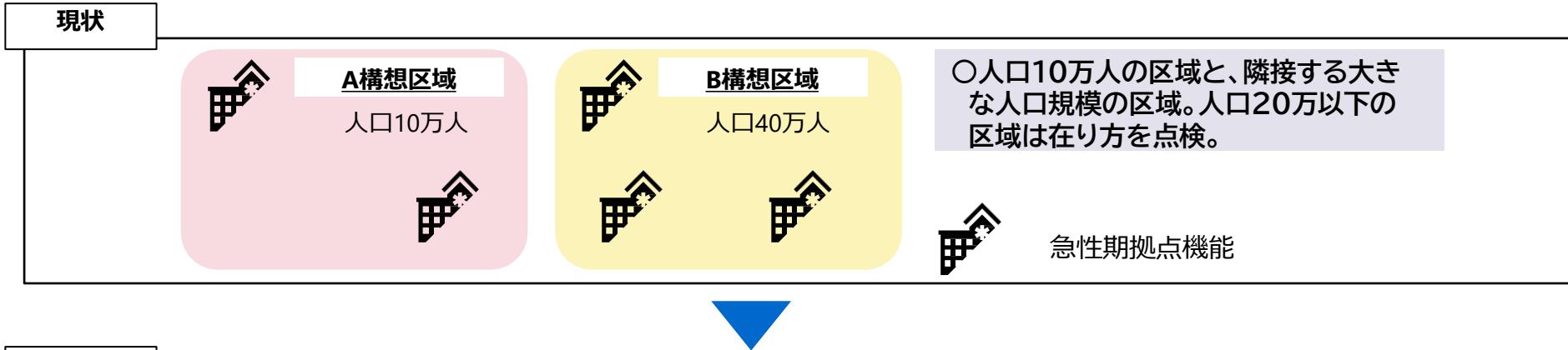
2035年

【医療提供体制の構築】

- 2035年を目指して、取組を完結させ、目標とした急性期拠点機能を確保**

人口の少ない地域における構想区域の見直しの例(圏域の広域化)

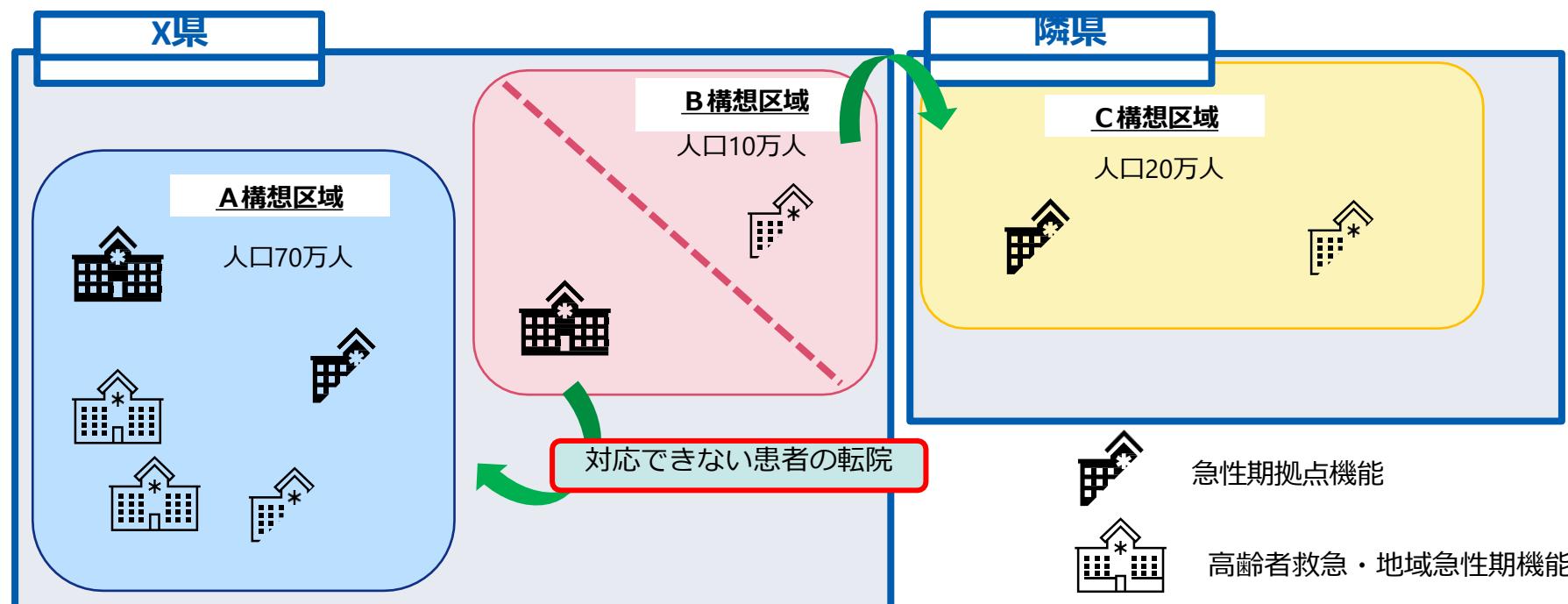
- 人口20万人未満の区域等において、持続可能な医療提供体制の確保に向けて、周囲の区域の人口や医療資源等も踏まえて点検、見直しが必要。一定の医療提供の確保が困難な区域については、当該区域内での連携・再編・集約化だけでなく、隣接する区域との合併等も含めて検討が必要。



人口の少ない地域における構想区域の見直しの例②(隣接する都道府県との連携)

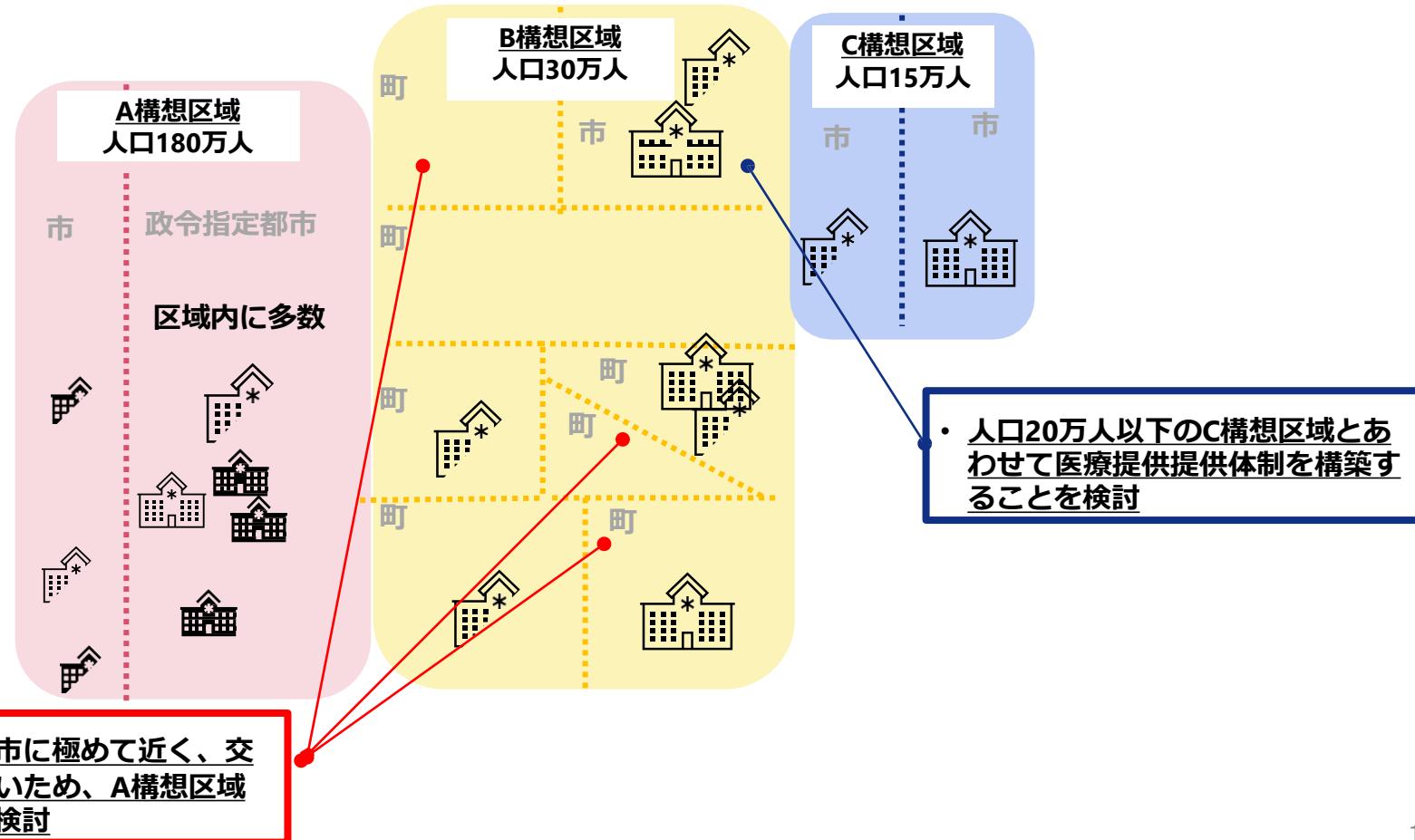
- 地域医療構想を含めた医療提供体制について、各都道府県や二次医療圏においての完結を前提にされてきたが、地理的条件や交通事情により、医療資源の豊富な最寄りの構想区域までのアクセスが、当該都道府県外の場合がある。構想区域の見直しにあたり、隣接する区域での対応や県をまたいだ連携・区域の設定の必要性も指摘されている。

- B構想区域からは県内のA構想区域が最寄り。B構想区域の一部では隣県の医療圏へアクセスしやすい。
- こうした場合、B構想区域で完結しない医療について、隣県での対応を前提とすることも考え得る。



構想区域の見直しの例(区域の再編・合併)

- ある区域について、単に人口20万人以上となるように見直す場合、区域同士の合併のほか、区域の交通の状況や現に存在する急性期を担う医療機関の分布状況等を踏まえて分割し、それぞれ別の区域と統合することも考えられる。



大分県の医療圏別人口推移

東部医療圏	市区町村名	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年	2045年
	別府市	122,138	118,198	113,621	108,859	103,969	99,080	94,380
	杵築市	30,185	28,298	26,403	24,568	22,786	21,031	19,314
	国東市	28,647	25,781	23,068	20,529	18,174	15,948	13,848
	東国東郡姫島村	1,991	1,761	1,543	1,333	1,128	931	749
	速見郡日出町	28,058	27,575	26,896	26,090	25,222	24,230	23,163
	合計	211,019	201,613	191,531	181,379	171,279	161,220	151,454

北部医療圏	市区町村名	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年	2045年
	中津市	83,965	82,808	81,158	79,195	77,038	74,690	72,259
	豊後高田市	22,853	21,638	20,390	19,164	17,994	16,828	15,709
	宇佐市	56,258	53,128	49,965	46,807	43,704	40,636	37,670
	合計	163,076	157,574	151,513	145,166	138,736	132,154	125,638

中部医療圏	市区町村名	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年	2045年
	大分市	478,146	479,341	476,205	469,724	460,274	448,074	434,166
	臼杵市	38,748	35,907	32,961	30,030	27,103	24,194	21,508
	津久見市	17,969	16,069	14,230	12,474	10,801	9,233	7,812
	由布市	34,262	33,557	32,673	31,766	30,817	29,765	28,618
	合計	569,125	564,874	556,069	543,994	528,995	511,266	492,104

豊肥医療圏	市区町村名	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年	2045年
	竹田市	22,332	20,346	18,358	16,469	14,743	13,092	11,520
	豊後大野市	36,584	33,812	31,001	28,321	25,870	23,482	21,170
	合計	58,916	54,158	49,359	44,790	40,613	36,574	32,690

西部医療圏	市区町村名	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年	2045年
	玖珠郡九重町	9,645	8,862	8,081	7,311	6,591	5,882	5,206
	玖珠郡玖珠町	15,823	14,499	13,205	11,959	10,782	9,625	8,526
	日田市	66,523	61,962	57,306	52,651	48,145	43,656	39,297
	合計	91,991	85,323	78,592	71,921	65,518	59,163	53,029

南部医療圏	市区町村名	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年	2045年
	佐伯市	72,211	67,229	62,020	56,788	51,591	46,540	41,738
	合計	72,211	67,229	62,020	56,788	51,591	46,540	41,738

大分県全体	総計	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年	2045年
		1,166,338	1,130,771	1,089,084	1,044,038	996,732	946,917	896,653

国立社会保障・人口問題研究所より公表されている2045年までの大分県の将来人口推計

大分県の東部・北部医療圏人口推移

東部医療圏の人口は
2040年には16万人！

東部 医療 圏	市区町村名	人口2015年	推計人口2020年	推計人口2025年	推計人口2030年	推計人口2035年	推計人口2040年	推計人口2045年
	別府市	122,138	118,198	113,621	108,859	103,969	99,080	94,380
	杵築市	30,185	28,298	26,403	24,568	22,786	21,031	19,314
	国東市	28,647	25,781	23,068	20,529	18,174	15,948	13,848
	東国東郡姫島村	1,991	1,761	1,543	1,333	1,128	931	749
	速見郡日出町	28,058	27,575	26,896	26,090	25,222	24,230	23,163
	合計	211,019	201,613	191,531	181,379	171,279	161,220	151,454
北部 医療 圏	中津市	83,965	82,808	81,158	79,195	77,038	74,690	72,259
	豊後高田市	22,853	21,638	20,390	19,164	17,994	16,828	15,709
	宇佐市	56,258	53,128	49,965	46,807	43,704	40,636	37,670
	合計	163,076	157,574	151,513	145,166	138,736	132,154	125,638
東部・北部合計	374,095	359,187	343,044	326,545	310,015	293,374	277,092	

国立社会保障・人口問題研究所より公表されている2045年までの大分県の将来人口推計

第8回メディカルジャパン東京

2025年 10月1日・2日・3日開催

幕張メッセ



メディカルジャパン2025講演

**超高齢・人口減少時代における
病院のあり方と地域連携**

**社会医療法人財団慈泉会理事長
相澤病院最高経営責任者
日本病院会会长
相澤孝夫**

2025年10月1日

現在の医療圏の考え方

○ 医療圏の設定、基準病床数の算定 (医療法)

- ・ 病院の病床及び診療所の病床の整備を図るべき地域的単位として区分。

二次医療圏

335医療圏(令和2年4月現在)

【医療圏設定の考え方】

一般の入院に係る医療を提供することが相当である単位として設定。その際、以下の社会的条件を考慮。

- ・地理的条件等の自然的条件
- ・日常生活の需要の充足状況
- ・交通事情 等

- ・ 国の指針において、一定の人口規模及び一定の患者流入/流出割合に基づく、二次医療圏の設定の考え方を明示し、見直しを促進。

三次医療圏

52医療圏(令和2年4月現在)

※都道府県ごとに1つ(北海道のみ6医療圏)

【医療圏設定の考え方】

特殊な医療を提供する単位として設定。ただし、都道府県の区域が著しく広いことその他特別な事情があるときは、当該都道府県の区域内に二以上の区域を設定し、また、都道府県の境界周辺の地域における医療の需給の実情に応じ、二以上の都道府県にわたる区域を設定することができる。

(拡大生活圏)
広範な地域

(地域生活圏)
身近な地域

新たな圏域の考え方

広域連携医療圏

広域医療圏単独では対応困難な場合

広域医療圏

いくつかの地域医療圏からなる
車での移動時間60分程度の地域
が基本

小さな圏域からの積み上げ方式

地域医療圏

医療介護生活支援の
総合確保を図る圏域

いくつかの日常生活圏からなる
車での移動時間30分程度の地域
が基本

小さな圏域からの積み上げ方式

日常生活圏

(日常生活圏又は複数日常生活圏)

医療提供体制を構築
するための基礎圏域
日常的医療の提供

日常生活圏: 市町村介護保険計画において、地理的条件、人口、交通事情などを勘案して定める区域のこと。国では概ね30分以内に必要なサービスが提供される区域としている。

市町村介護保険事業計画(法第117条)で設定が義務付けられている

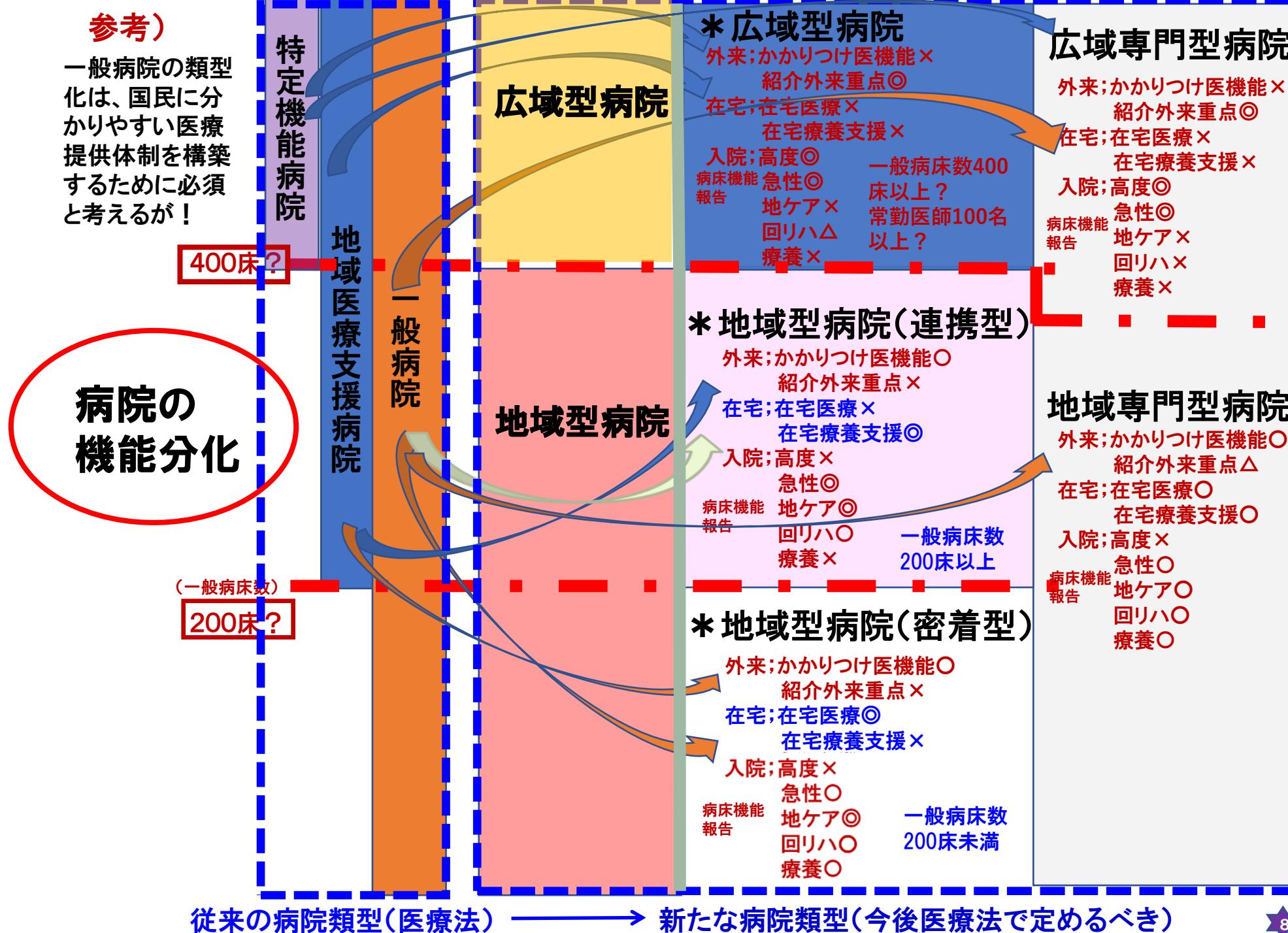
医療計画

↑

↓介護保険事業計画

参考)

一般病院の類型化は、国民に分かりやすい医療提供体制を構築するために必須と考えるが！



参考)地域医療システムの考え方;医療科学 江川寛編修より改変

地域住民は高度に専門的な医療から日常的な医療、在宅サービスや健康相談に至る多種多様なニーズを有している。このことから、小規模の病院が多く、分散型医療提供を行ってきた我が国の風土を活かし
日常的で頻度の高いニーズには身近な地域に多くの近隣型施設を、この施設では対応できないニーズには広範な地域の拠点ごとに充実した広域型施設を配置し、住民にはアクセスの利便、施設には患者確保の可能性を保証するのが、**地域医療システムの基本的な考え方。**

(1)近隣型医療施設→地域型病院、分散型、治し支える医療中心

罹患率が高く治療法も確立した、いわゆる**common disease**を扱う医療施設は、限られた範囲から患者を集めており、その**診療圏は狭い**。こうした疾病的患者は**アクセスを重視**して住居近くの施設を利用することが多い。**分散**。**人口3万人圏で一箇所程度**

(2)広域型医療施設→広域型病院、集約型、治す医療中心

高度で専門的な医療を扱う医療機関は、**広い診療圏**を有している。この医療を必要とする患者は広く薄く分布するが、**アクセスの利便性よりも機能を重視**する。**集約**。**人口60万人圏で二箇所程度**

(3)その他、専門病院など

(病院機能分化の考え方)

病院のグランドデザイン(病院類型、病床機能との関係)

病院類型の設定と病院類型
を踏まえた病院の配置

A..広域型病院

B.広域型病院

高度急性期病床

(病棟)

急性期病床

(病棟)

a.地域型病院

b.地域型病院

c.地域型病院

d.地域型病院

e.地域型病院

回復期病床

(包括期病床)(病棟)

慢性期病院

慢性期病床

新たな
病院機能
類型

病院
機能

病床
機能

病床
機能
報告制度

病期
分類

診療
報酬

高度で質の高い医療と手厚い看護

特定病床

急性期一般病棟

病状に応じた集中的なリハビリ

地域一般病棟 地域包括ケア、回復期リハ

長期の療養

療養病棟

医療機関による自主的な取組みと相互の協議により、医療機能の分化・連携を推進

新たな病院類型(地域型病院と拠点型病院)の創設

地域型病院；人口概ね3万人当たり、おおよそ150床程度を1カ所以上の病院に配置する

地域型病院の総病床数はおおよそ $4000 \times 150 = 60$ 万床

広域型病院；人口概ね60万人当たり、急性期病床1000床程度を2カ所以上の病院に配置する。広域型病院総病床数は $200 \times 1000 = 20$ 万床となる

高度急性期病床を1病院当たり約60床×400=約2.4万床を配置する (相澤私案)

病院類型は医療法で定め、都道府県と病院が類型に応じた医療を提供する協定を結び、その実施について国が支援する。

(相澤私案)

現況（東部・北部医療圏）

高度急性期病院

医療センター・新別府病院
鶴見病院・中津市民病院等

1186床

急性期病院・回復期病院・慢性期病院

別府中央病院・別府リハビリテーションセンター・
中村病院・黒木記念病院・サンライズ酒井病院・
児玉病院・内田病院・村橋病院・清瀬病院・
畠病院・国東広域病院・九州大学別府病院・
杵築市山香病院・等々

診療所・介護施設等

多数存在

将来（東部・北部医療圏）

広域型病院

人口30万人に対し1000床の病院1か所

地域型病院

人口3万人に対し150床の病院1か所
よって150床の病院10か所程度

機能分化・連携・集約化が必要となる

診療所・慢性期病院・介護施設等

在宅医療並びに在宅ケア：多数存在となる

**地域型病院及び診療所並びに介護事業所等
との連携が最重要課題となる**

人口の変動を受けて医療ニーズも激変するため、病院の縮小、廃止、診療所への変換、病院の統合又は役割分担と連携が待ったなしで迫られる時代を迎えて、各病院は再度自病院の医療機能を整理し見直すことが必要である。

病院の有する医療機能(現在の機能と地域における立ち位置)

1. 外来医療機能
2. 在宅医療機能
3. 入院医療機能
4. 救急医療機能
5. 予防医療機能
6. その他機能
 - ・災害医療機能
 - ・医療従事者育成機能
 - ・など

決断の時！

に分けて自院の果たしている機能とその実態を把握した上で、地域の医療需要も考慮し自院の将来像を描いていくことが重要。

自院のどの機能の何を何処までやるのか、やらないのか、を決断することが病院を取り巻く環境の変化に対応するために必要

まとめ

現状の我々の地域は、**病床過多地域**であり国の**新たな地域医療構想**を考慮すると、統合や廃止を余儀なくされることが予測される。

各医療機関では、自院がどの診療を行っていくかまた、どの診療をやめるかを選択しなければならなくなる。

また、**医療・介護・福祉の総合的な連携が重要不可欠**となり、
今後の中長期計画を策定する中での重要課題となることは明確である。

この会の重要性を今もって確認していただき今後の在り方を検討していただければ幸いです。

令和8年度診療報酬改定について



令和8年度診療報酬 | 改定率

区分	改定率
賃上げ対応	+ 1.7 %
物価対応	+0.76 % (高度機能病院 + 0.14% 特例)
食費・光熱水費	+0.09 % (入院食事+40円/食、光熱水費+60円/日)
経営悪化への緊急対応	+0.44 % (病院中心)
政策改定(通常)	+0.25 % (高度化・機能強化・DX等)
適正化・効率化	▲0.15 % (外来・在宅・調剤・長期/リフィル)
改定率	+3.09 %※

※改定率…令和8年度及び令和9年度の2年平均値。（令和8年度：+ 2.41%／令和9年度：+ 3.77%）

改定率の全体像



診療報酬自体 **+3.09%**



Point !

30年ぶりの高水準で、
インフレと賃上げの対策が改定の柱！

薬価・材料は▲0.87%となるので
実態は**+2.22%のプラス改定**です

出典：厚生労働省「令和8年度診療報酬改定について」
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_67942.html (2026年2月12日閲覧)

令和8年度医科診療報酬改定の主なポイント

1. 賃上げや物価への対応

- 賃上げに向けた評価
 - ・令和8・9年度での各3.2%（看護補助者等は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
 - ・令和8・9年度の物価上昇に対応する「物価対応料」の創設、入院時の食費・光熱水費基準額の引上げ 等

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、総合性と手術等の集積性を持つ病院を評価）
 - ・特定集中治療室管理料等の見直し（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（実績指標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・負担軽減等に向けた取組み

- I C T等の活用による業務効率化・負担軽減
 - ・見守りや記録等でI C Tを組織的に活用した際の看護配置基準の柔軟化
 - ・生成AI等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

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、D X・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、民間救急等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
 - ・妊娠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

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、勤務環境や待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待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・強化等

- 外来の機能分化の推進
 - ・特定機能病院等の外来診療料等の減算に係る逆紹介割合の基準の見直し
 - ・特定機能病院等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等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等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

精神医療（続き）

- 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（小規模医療機関等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D X・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D X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

令和8年度診療報酬改定の主要な改定項目①

1. 賃上げ・物価対応

○ 物価高騰による諸経費の増加を踏まえた対応や、必要な処遇改善等を通じた、医療現場を支える医療従事者の賃上げ・人材確保のための取組を的確に進める。

(1) 賃上げに向けた評価

- 令和8年・9年度それぞれ+3.2%分（看護補助者・事務職員は5.7%）の賃上げに向け、ベースアップ評価料を見直す。
- また、夜勤職員の確保を行う観点から、夜勤手当に充てることを可能とする。
(例)

外来・在宅ベースアップ評価料（I）初診時 6点 ⇒ 17点（※）
入院ベースアップ評価料 1点～250点（※）

※令和9年度は2倍となる予定

(2) 物価対応に向けた評価

- 令和8年・9年度の物価上昇に対応するため「物価対応料」を新設する。
(例)

（新）外来・在宅物価対応料 初診時 2点（※）
（新）入院物価対応料 急性期一般入院料1 58点（※）

※令和9年度は2倍となる予定

(3) 入院料等の見直し

- 経営環境の悪化を踏まえた対応や、医療機関等における賃上げ余力の回復・確保のため、入院料等を引き上げる。
(例)

急性期一般入院料1 1,688点 ⇒ 1,874点
特定集中治療室管理料1 7日以内 14,406点 ⇒ 14,980点
地域包括ケア病棟入院料1 40日以内 2,838点 ⇒ 2,955点

(4) 入院時食事・光熱水費の基準

- 食材料費や光熱・水道費の上昇等を踏まえ、入院時の食費及び光熱・水道費の基準額をそれぞれ40円・60円引き上げる。

入院時食事療養（I）（1） 690円 ⇒ 730円
入院時生活療養（I）（2） 398円 ⇒ 458円

2. 急性期・高度急性期入院医療

○ 急性期医療を提供する医療機関を、医療機関の果たす機能に応じて評価し、地域に不可欠な急性期医療を守るとともに、高度機能医療を担う病院や大学病院の特性に配慮する。

(1) 急性期病院一般入院基本料等の新設

- 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。

急性期病院A一般入院料 1,930点
急性期病院B一般入院料 1,643点

(2) 特定機能病院入院基本料の見直し

- 特定機能病院の承認基準変更を踏まえ、区分を見直す。

特定機能病院A入院基本料7対1入院基本料（一般病棟） 2,146点
特定機能病院B入院基本料7対1入院基本料（一般病棟） 2,136点
特定機能病院C入院基本料7対1入院基本料（一般病棟） 2,016点

(3) 急性期総合体制加算の新設

- 総合入院体制加算と急性期充実体制加算を統合し、総合性と手術等の集積性を持つ拠点的な病院を評価する体系に見直す。

（新）急性期総合体制加算1 7日以内（1日につき） 530点

(4) 特定集中治療室管理料等の見直し

- ICU・HCUを有する医療機関の機能を踏まえ、救急搬送・全身麻酔に係る一定の病院実績を要件とする。

(5) 多職種が病棟で協働する体制の評価

- 患者像に合わせた専門的な治療やケアを提供する観点から、看護職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士又は臨床検査技師の協働を評価する。

（新）看護・多職種協働加算1（1日につき） 277点
（新）看護・多職種協働加算2（1日につき） 255点

令和8年度診療報酬改定の主要な改定項目②

3. 包括期・慢性期入院医療

- 2040年に向けて高齢者の更なる高齢化が進む中で、高齢者の特性に応じた緊急入院の受け入れ、円滑な入退院、高齢者の生活を支えるケアの推進等により、「治し、支える医療」の実現を図る。
- リハビリテーションにおける効果の実績、身体的拘束を行わないケア、歯科との連携等、質の高い医療の提供を評価する。

(1) 地域包括医療病棟の見直し

- 高齢者の特性に配慮し、重症度、医療・看護必要度、平均在院日数、ADL低下割合等の基準を見直す。
- 医療資源投入量の実態等を踏まえ、予定・緊急入院別、急性期病棟の併設の有無別に評価を行う。

地域包括医療病棟入院料 3,050点

⇒ 地域包括医療病棟入院料 1 入院料 1 3,367点
入院料 2 3,267点
入院料 3 3,117点

(2) 地域包括ケア病棟の見直し

- 在宅医療や協力対象施設への後方支援機能を高く評価する観点から、在宅患者支援病床初期加算の対象患者のうち、救急搬送された場合の評価対象を緊急入院した場合に拡大する。
- 地域包括ケア病棟におけるリハ・栄養・口腔の一体的管理をさらに推進する観点から、加算を新設する。

(新) リハビリテーション・栄養・口腔連携加算(14日まで) 30点

(3) 回復期リハビリテーション病棟の見直し

- より質の高いリハビリテーションを推進する観点から、回復期リハビリテーション実績指標に係る要件を、従前はなかった入院料2・4にも導入する。
- 入院料1を対象に、排尿自立支援、退院前訪問指導の実施割合を要件とする加算を新設する。

(新) 回復期リハビリテーション強化体制加算(1日につき) 80点

(4) 療養病棟入院基本料の見直し

- より医療の必要性が高い患者の受入れを推進する観点から、緩和ケアを受ける患者、重症の医療的ケア児、一部の医療区分2の処置等を重複して行う患者の医療区分を引き上げる。
- あわせて、入院料2における医療区分2・3の患者割合の要件を5割から6割に引き上げる。

(5) 障害者施設等入院基本料の見直し

- 7対1・10対1入院基本料の看護補助加算等について、31日以後においても算定できることとする。

(新) 看護補助加算ハ(1日につき) 50点

(6) 質の高い包括期入院医療の評価

- 在宅医療・介護保険施設の後方支援等に一定の体制と実績を持つ医療機関に対する評価を新設する。

(新) 包括期充実体制加算(14日まで) 80点

- 生活に配慮した支援を強化する観点から、包括期入院医療を担う病棟での入退院支援加算1の評価を引き上げる。

入退院支援加算1(退院時1回) 地域包括医療病棟入院料等の場合 700点 ⇒ 1000点

- 身体的拘束最小化を管理者が組織的に行う場合の評価を新設する。

(新) 身体的拘束最小化推進体制加算(1日につき) 40点

- 入院患者の歯科治療を行う取組の評価を新設する。

(新) 口腔管理連携加算(入院中1回) 600点

令和8年度診療報酬改定の主要な改定項目③

4.業務効率化・負担軽減等に向けた取組み

- 更なる生産年齢人口の減少に伴って医療従事者確保の制約が見込まれる中で、ICT、AI、IoT等の利活用の推進等により、医療従事者の業務効率化・負担軽減等を行い、必要な医療機能の確保を図る。

(1) ICT等の活用による看護業務効率化・負担軽減

- 見守り、記録、医療従事者間の情報共有に関し、ICT機器等の活用により看護業務を軽減したうえで、適切に患者の看護を行うことができる体制がある場合は、1日に看護を行う看護職員の数等の基準について、1割以内の範囲で柔軟化する。

(2) 医師事務作業補助体制加算の見直し

- 生成AI、音声入力システム、RPA、説明動画を組織的に活用する場合、医師事務作業補助者1人を最大1.3人として配置人数に算入できることとする。

(3) やむを得ない事情で看護要員が不足する場合

- 看護職員の確保に係る取組を行っているにもかかわらず、突発的で想定が困難な事象によりやむを得ない事情が生じ、1日当たり勤務する看護要員の数等について、1割以内の一時的な変動があった場合でも、必要な取組を行っている場合には、3か月を超えない期間に限り施設基準変更の届出を行わなくてもよいこととする。

5. 人口の少ない地域・医師偏在対策等

- 人口・医療資源の少ない地域での医療提供の確保を図る。
- 外科等の若手医師の減少する診療科の医師の勤務環境・待遇改善を行い、高度な医療提供を行う取り組みを支援する。

(1) 人口少数地域で医療提供機能を確保する評価の新設

- 人口少数地域の外来・在宅医療の確保に係る支援と病状の急変等で緊急入院が必要な患者を受け入れる体制のある病院を評価。
(新) 医療提供機能連携確保加算（入院初日） 600点
- 当該病院が情報通信機器を用いて医学管理を行った場合を評価。
(新) 医療提供機能連携確保加算（月1回） 50点

(2) 診療科偏在対策の推進

- 若手医師が減少し、医療提供体制の確保が必要とされている診療科について、当該診療科の医師を対象として勤務環境・待遇改善等を行う取組を評価。
(新) 地域医療体制確保加算2（入院初日） 720点
- 加えて、長時間高難度手術を実施する体制を整備し、外科医の勤務環境・待遇の改善を図った上で手術を行う場合を評価。
(新) 外科医療確保特別加算 所定点数の100分の15

(3) 人口・医療資源の少ない地域等におけるその他の対応

- 急性期総合体制加算・急性期病院B一般入院料において、人口20万人未満の地域の拠点病院における要件の緩和
- へき地診療所において、在宅時総合医学管理料の常勤医師にかかる要件の緩和
- 医療資源の少ない地域において、地域包括診療加算・診療料における常勤医師にかかる要件の緩和
- 特別地域訪問看護加算の対象患者の範囲の拡大
- 離島加算の評価の引き上げ

令和8年度診療報酬改定の主要な改定項目④

6. 外来医療の機能分化・強化等

- かかりつけ医機能の推進を図るとともに、大病院と地域のかかりつけ医機能を担う医療機関との連携による大病院の外来患者の逆紹介を推進する。

(1) 外来機能分化の推進

- 特定機能病院等の外来診療料等の減算に係る逆紹介割合の基準を20%引き上げるとともに、直近1年以内に12回以上再診を行った患者を、新たに外来診療料の減算対象患者とする。
- 診療所又は200床未満の病院が、特定機能病院等から紹介を受けて初診を行う場合の評価を新設する。

(新) 特定機能病院等紹介患者受入加算 60点

- 連携強化診療情報提供料について、紹介元・紹介先医療機関の範囲を拡大するとともに、他の医療機関と共同で継続的に治療管理を行う場合でも算定可能とする。

(2) 生活習慣病管理料の見直し

- 生活習慣病と関連の乏しい医学管理料等を包括外とする。
- 簡素化の観点から療養計画書の患者署名を不要とする。
- 糖尿病管理における眼科・歯科との連携を評価。

(新) 眼科（歯科）医療機関連携強化加算 60点

- 外来データに基づく、質の高い生活習慣病管理を評価。

(新) 充実管理加算 1/2/3 30/20/10点

(3) 地域包括診療加算等の見直し

- 継続的かつ全人的な医療を推進する観点から、対象患者に、慢性疾患有する介護給付又は予防給付を受けている要介護被保険者である患者を追加する。

(4) 時間外対応体制加算の見直し

- 名称を変更するとともに、評価を引き上げる。

時間外対応加算 1/2/3/4 5/4/3/1点

⇒時間外対応体制加算 1/2/3/4 7/5/4/2点

7. 質の高い在宅医療・訪問看護の推進

- 地域において重症患者の訪問診療や在宅看取り等を積極的に担う医療機関を評価する。
- 質の高い訪問看護を評価するとともに、提供する内容やコストに応じた適正な評価とする。

(1) 在宅医療充実体制加算の新設

- 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算について、重症患者の対応体制を有し、地域で在宅医療において積極的役割を担う医療機関を更に評価する観点から、改変する。

在宅時総合医学管理料

(新) 在宅医療充実体制加算(単一建物患者が1人の場合)800点

(2) 適切な在宅医療の推進

- 連携型機能強化型在支診について、平時から訪問診療等を行っている医師により時間外往診体制を確保している医療機関とそれ以外に分けて評価する。
- 訪問診療を月2回以上行っている患者のうち重症患者の割合が20%以上の医療機関であることを、在宅時医学総合管理料（月2回以上訪問の場合）の要件とする。

(3) 同一建物に居住する利用者への訪問看護の見直し

- 同一建物に居住する利用者への訪問看護について、人数及び1月あたりの訪問日数に応じてきめ細やかな評価に見直す。
- 高齢者向け住まい等に併設・隣接する訪問看護ステーションが行う、24時間体制で頻回に行う訪問看護を1日あたりで包括的に評価する項目を新設する。

(新) 包括型訪問看護療養費(1日につき)

1 20人未満 ハ 訪問看護時間90分以上 14,010円

(4) 質の高い訪問看護の評価

- 地域と連携して精神科訪問看護を提供する訪問看護ステーションの評価を新設する。

(新) 機能強化型訪問看護管理療養費 4

9,030円 9

令和8年度診療報酬改定の主要な改定項目⑤

8. 重点的な対応が求められる分野

- 医療技術の進展や疾病構造の変化等を踏まえ、救急医療、小児・周産期医療、精神医療など重点的な対応が求められる分野への適切な評価を行う。
- より効率的・効果的かつ安心・安全で質の高い医療を実現していくため、医療DXやICT連携の活用、入院から外来への移行、最新の医療技術の導入、緩和ケア、医薬品適正使用などの評価を行う。

(1) 救急医療

- 夜間休日救急搬送医学管理料を改変し、救急外来医療を24時間提供する体制の評価を拡充する。

(新) 救急外来医学管理料

1 救急搬送医学管理料 1

800点

2 夜間休日救急医学管理料 1

600点

- 救急患者連携搬送料について、患者等搬送事業者等を活用した転院搬送や、下り搬送の受入側の評価を行う。

(新) 救急患者連携搬送料 1口 (1)

1,000点

(新) 救急患者連携搬送料 2イ

800点

(2) 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を評価する。

(新) 産科管理加算 (1日につき) 病院の場合

250点

- 小児の成人移行期医療を小児科以外の診療科が実施した場合、難病外来指導管理料を算定可能とする。

(3) 精神医療

- 多職種の協働による質の高い精神医療の提供を推進する観点から、看護職員、精神保健福祉士、作業療法士又は公認心理士の協働を評価する。

(新) 精神病棟看護・多職種協働加算 (15対1)

196点

- 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。

(新) 急性期病院A精神病棟入院料 (13対1)

1,162点

(新) 急性期病院B精神病棟入院料 (13対1)

1,145点

- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に貢献する医療機関を評価する観点から、小規模医療機関又は病床数を削減する医療機関が外来医療や障害福祉サービス等の提供を一体的に行う取組を評価する。

(新) 精神科地域密着多機能体制加算 1 (1日につき) 800点

- 公認心理師による支援を評価する心理支援加算の対象について、従前のPTSDから、神経症性障害、ストレス性障害等に拡大する。
- 早期診療体制充実加算について評価を見直し、連携体制を有する病院において、診療時間以外の時間の対応が可能な体制が整備されている場合に対する評価を新たに設ける。

早期診療体制充実加算1/2/3 (3年以内) 50/20/15点

(4) 医療DX・オンライン診療

- 医療DX関連施策の進捗等を踏まえ、医療DX推進体制整備加算・医療情報取得加算を廃止し、マイナ保険証の利用、電子処方箋、電子カルテ共有サービス、サイバーセキュリティ対策等に係る新たな評価を新設する。

(新) 電子的診療情報連携体制整備加算

初診時 1/2/3

15点/9点/4点

再診時

2点

- D to P with Nについて、訪問看護と同時に実施できるようにするほか、訪問看護を同時に実施せずに患者に看護師等が訪問する場合の評価を新設する。また、訪問した看護師等が検査・処置等を実施する場合の評価を新設する。

(新) 訪問看護遠隔診療補助料 (1日につき) 265点

(新) 看護師等遠隔診療検査実施料イ/口 100点/150点

(新) 看護師等遠隔診療注射実施料 100点

(新) 看護師等遠隔診療処置実施料イ/口 100点/150点 **10**

令和8年度診療報酬改定の主要な改定項目⑥

8. 重点的な対応が求められる分野

(5) 入院から外来への移行の評価

- 短期滞在手術等基本料3（4泊5日までの場合）について、新たな対象手術の追加を行う。
短期滞在手術等基本料3（4泊5日までの場合）
イム K872-3 子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術
（新）2 組織切除回収システム利用によるもの 16,876点
- 特に外来での実施率が高い手術等について、必要な評価の見直しを行うとともに、外来での手術等の実施に一定の実績がある医療機関に限り、入院での実施を評価する。
- 入院で実施した場合は、病棟で算定されている入院料の種別によらず、すべて短期滞在手術等基本料3を算定する。

(6) 医療技術の適切な評価

- 医療技術評価分科会における検討結果等を踏まえ、新規技術の保険導入及び既収載技術の再評価を行う。
（新）腹腔鏡下骨盤内臓全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合） 168,110点
（新）自己免疫性脳炎に対する血漿交換療法 4,200点
コンピューター断層撮影 1 CT撮影
（新）イ 128列以上の機器による場合（1） 1,100点
- ロボット手術について、医療機器の効率的な活用及び高額医療機器の集約化を図る観点から、特定のロボット手術年間症例が200例以上である場合に新たな評価を行う。
（新）内視鏡手術用支援機器加算 15,000点
- 移植医療について、臓器提供機会の確保や移植実施体制強化を推進する観点から、院内の認定ドナーコーディネーターによる同意取得や、臓器提供施設・臓器あっせん機関等との連携を評価する。
（新）脳死臓器提供体制向上加算 5,000点
（新）臓器移植実施体制確保加算 所定点数の100分の400

(7) 患者にとって安全・安心に医療を受けられるための体制の評価

- 医療法施行規則の改正等を踏まえ、評価を充実する。
医療安全対策加算1（入院初日） 85点 ⇒ 160点
医療安全対策加算2（入院初日） 30点 ⇒ 70点
- 療養・就労両立支援指導料について、治療と仕事の両立を推進する観点から、対象患者を拡大し、評価を引き上げる。
療養・就労両立支援指導料 初回 800点 ⇒ 850点
- 緩和ケア診療加算・在宅麻薬等注射指導管理料の対象に、終末期の腎不全患者・末期呼吸器疾患患者を追加する。また、緩和ケア病棟入院料の対象患者に、終末期の腎不全患者を追加する。
- 発症早期からのリハビリテーションを推進するため、早期リハビリテーション加算の算定期間を入院30日から14日までとし、入院3日までをより高く評価する。また、切れ目のないリハビリ実施に向けて、土日祝のリハビリの実施を新たに評価する。
（新）休日リハビリテーション加算（1単位につき） 25点

(8) 医薬品の適正使用等の推進

- [入院] 病棟薬剤師によるポリファーマシー対策や施設間の薬剤情報連携に一定の実績がある場合を新たに評価。
病棟薬剤業務実施加算1（週1回） 120点 ⇒ 300点
- [外来] 処方情報共有により減薬が行われた場合を評価する、地域包括診療科の薬剤適正使用連携加算について、患者が入院した場合だけでなく、外来通院中の他の医療機関に情報共有する場合にも算定可能とする。
- [在宅] 医師と薬剤師が同時訪問し指導を行った場合評価する。
（新）訪問診療薬剤師同時指導料（6月に1回） 300点
- 残薬対策について、医療機関・薬局・訪問看護ステーションが連携した取組を推進する観点から、残薬確認の評価や、処方箋様式の見直し、指定訪問看護の運営基準の明確化等を行う。

急性期病院一般入院基本料等の評価

- 病院の機能に着目した急性期病院一般病棟入院基本料等を新設するとともに、救急搬送症例や手術なし症例における重症度、医療・看護必要度の適切な評価を進める観点から、該当患者割合に救急搬送応需係数を加えた該当患者割合指数に見直す。
- 高齢者等が主に入棟する病棟において、患者のADL維持・向上等に係る取組を進めるため、看護・多職種協働加算を新設。

	急性期病院 A	急性期病院 B※1	急性期一般 1	急性期一般 2	急性期一般 3	急性期一般 4※1	急性期一般 5	急性期一般 6
看護職員	7対1以上 (7割以上が 看護師)	10対1以上 (7割以上が 看護師)	7対1以上 (7割以上が 看護師)	10対1以上 (7割以上が看護師)			測定している こと	
看護・多職種※1		25対1以上				25対1以上		
該当患者割合 指標の基準※2	必要度I	指標①: 28% 指標②: 35%			28%	24%	20%	指標①: 28% 指標②: 35%
	必要度II	指標①: 27% 指標②: 34%			27%	23%	19%	指標①: 27% 指標②: 34%
平均在院日数	16日以内	21日以内	16日以内	16日以内	21日以内		16日以内	21日以内
在宅復帰・病床機能連携率	8割以上	—	8割以上	8割以上	—		8割以上	—
その他	医師の員数が 入院患者数の 100分の10 以上	—	医師の員数が 入院患者数の 100分の10 以上	医師の員数が 入院患者数の 100分の10 以上	・入院医療等に関する調査への適切な参加 ・届出にあたり入院料1の届出実績が必要	—	医師の員数が 入院患者数の 100分の10 以上	—
救急搬送等の病院の実績	以下を満たす ・救急搬送2,000件/年以上 ・全麻手術1,200件/年以上		以下のいずれかを満たす ・救急搬送1,500件/年以上 ・救急搬送500件/年以上かつ全身麻酔手術500件/年以上 ・人口20万人未満二次医療圏で最大救急搬送件数(1000件/年以上) ・離島医療圏で最大救急搬送件数			—		
データ提出加算	○ (要件)							
点数	1,930点	1,643点	1,898点	1,874点	1,779点	1,704点	1,597点	1,874点
	1,575点	1,523点						

※ 1 急性期病院B入院基本料又は急性期一般入院料4において、看護・多職種協働加算を算定する場合は、入院基本料の看護職員10対1以上の配置に加え、看護職員を含む多職種職員25対1が配置される。

※ 2 重症度、医療・看護必要度の基準患者割合に係る指標：該当患者割合 + 救急搬送応需係数

急性期病院A・B、急性期一般1：割合①A3点以上、又はC1点以上
割合②A2点以上、又はC1点以上
急性期一般2～5：A2点以上かつB3点以上、又はA3点以上、又はC1点以上

病床当たり年間救急搬送受入件数×0.005
年間救急搬送件数×
当該病棟の救急搬送入院数
救急搬送応需係数の対象病棟の救急搬送入院数 : 当該病棟の病床数

在宅医療充実体制加算の新設

在宅医療充実体制加算の新設及び在宅緩和ケア充実診療所・病院加算の廃止

- 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算について、在宅医療において積極的役割を担う医療機関を更に評価する観点から、在宅医療充実体制加算に名称を変更した上で、要件及び評価を見直す。

現行

【在宅時医学総合管理料】	
在宅緩和ケア充実診療所・病院加算	
(1) 単一建物診療患者が1人の場合	400点
(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	200点
(3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合	100点
(4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合	85点
(5) (1)から(4)まで以外の場合	75点
【施設入居時等医学総合管理料】	
在宅緩和ケア充実診療所・病院加算	
(1) 単一建物診療患者が1人の場合	300点
(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	150点
(3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合	75点
(4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合	63点
(5) (1)から(4)まで以外の場合	56点
【緊急往診加算、夜間・休日往診加算、深夜往診加算】	
在宅緩和ケア充実診療所・病院加算	100点
【ターミナルケア加算】	
在宅緩和ケア充実診療所・病院加算	1,000点
【在宅がん医療総合診療料】	
在宅緩和ケア充実診療所・病院加算	150点
【施設基準】	
在宅緩和ケア	を行うにつき十分な体制が整備され、相当の実績を有していること。

改定後

【在宅時医学総合管理料】	
<u>在宅医療充実体制加算</u>	
(1) 単一建物診療患者が1人の場合	800点
(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	400点
(3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合	200点
(4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合	170点
(5) (1)から(4)まで以外の場合	150点
【施設入居時等医学総合管理料】	
<u>在宅医療充実体制加算</u>	
(1) 単一建物診療患者が1人の場合	600点
(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	300点
(3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合	150点
(4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合	126点
(5) (1)から(4)まで以外の場合	112点
【緊急往診加算、夜間・休日往診加算、深夜往診加算】	
<u>在宅医療充実体制加算</u>	200点
【ターミナルケア加算】	
<u>在宅医療充実体制加算</u>	2,000点
【在宅がん医療総合診療料】	
<u>在宅医療充実体制加算</u>	300点
【施設基準】	
地域の重症な在宅患者に対し質の高い診療	を行うにつき十分な体制が整備され、相当の実績を有していること。

ア

賃上げ・物価に対する無条件の交付 →病床数 + α に応じた支給を予定

【〇医療機関・薬局における賃上げ・物価上昇に対する支援】

施策名:ア 医療分野における賃上げ・物価上昇に対する支援

※医療・介護等支援パッケージ
令和7年度補正予算案 5,341億円

① 施策の目的
医療機関や薬局における従事者の処遇改善を支援するとともに、物価上昇の影響に対して支援することで、地域に必要な医療提供体制を確保する。

② 対策のスケーム図

1	2	3	1
1	○		

③ 施策の概要
経済状況の変化等に対応するため、救急医療を担うといった医療機能の特性も踏まえつつ、診療に必要な経費に係る物価上昇への的確な対応や、物価を上回る賃上げの実現に向けた支援を行う。

(交付額) 医療従事者の処遇改善支援、診療に必要な経費に係る物価上昇対策の合計
[補助率10/10]

④ 施策のスキーム図、実施要件(対象、補助率等)等

I 交付申請・計画書提出
II 交付決定
III 実績報告、交付額確定

⑤ 施策の実施スケジュール
予算成立後、速やかに実施

⑥ 施策の対象・成果イメージ(経済効果、雇用の下支え・創出効果、波及プロセスを含む)
医療機関や薬局の処遇改善・物価上昇への支援を行うことで、地域に必要な医療提供体制を確保する。



注意！

賃金分…令和8年2月1日時点でベースアップ評価料を届け出ている必要がある
物価分…原則、全ての病院が対象

【〇医療機関・薬局における賃上げ・物価上昇に対する支援】
施策名:ア 医療分野における賃上げ・物価上昇に対する支援 【交付額】

<病院>

【基礎的支援】

1床あたり	支援額
賃金分	8.4万円
物価分	11.1万円（※）

※全身麻酔手術件数又は分娩取扱数（分娩取扱数にあっては3を乗じた数）が800件以上、2,000件以上の病院（救急車受入件数3000件未満に限る）にあっては、それぞれ1施設2,000万円、8,000万円を加算。救急加算との併用不可。

【救急に対応する病院への加算】

1施設あたり	救急車受入件数 1件以上1,000件 未満	救急車受入件数 1,000件以上	救急車受入件数 2,000件以上	救急車受入件数 3,000件以上	救急車受入件数 5,000件以上	救急車受入件数 7,000件以上
救急加算額	500万円	1,500万円	3,000万円	9,000万円	1.5億円	2億円

※1 三次救急病院については、救急受入件数が5,000件未満の場合、上記の各区分の加算を適用せず、1億円を加算する。
5,000件以上の場合は、上記の各区分の加算額（1.5億円または2億円）とする。

※2 別途、病床数適正化支援、施設整備等支援及び産科・小児科支援や、食費・光熱費等に対して「重点支援地方交付金」による支援が行われる。

<有床診療所>

1床あたり	支援額
賃金	7.2万円
物価	1.3万円
合計	8.5万円

<医科無床診療所・歯科診療所>

1施設あたり	支援額
医科無床診療所	15.0万円
歯科診療所	15.0万円

<保険薬局>

1施設あたり	支援額 (1法人あたりの薬局数に応じて継続配分)
~5店舗	6~19店舗
賃金	14.5万円
物価	10.5万円
合計	7.0万円
20店舗~	
賃金	8.5万円
物価	7.5万円
合計	5.0万円
23.0万円	18.0万円
合計	12.0万円

1施設あたり	支援額
賃金	22.8万円
物価	(介護より)
合計	22.8万円

Point !

病床数 + α に応じた額が交付される目玉の
施策
交付を受けるためには申請が必要！

ア

賃上げ・物価に対する無条件の交付
→病床数 + α に応じた支給を予定

申請用のサイトが開設されました

<https://mhlw-bucchin-shien.viewer.kintoneapp.com/public/system-ip>

申請マニュアル・申請に必要な書類等も公開されています



2026年5月31日まで申請受付

スライド資料及び関係資料のご提供

今回の関係資料を弊社ホームページに掲載しています。
ご興味ありましたらダウンロードしていただけます。



QRコードからダウンロードできます。

ご清聴ありがとうございました