

連載
令和新時代
医療への事務的アプローチ

メディカル・データ・ビジョン株式会社

広報室 汲田 玲未衣

第 64 回

工藤氏「未来志向型の病院経営を」と強調 病院経営セミナー「どちらへ進む？急性期と包括期」で講演

2040年の医療需要を見据え、大胆な変化を盛り込んだ2026年度の診療報酬改定。「急性期病院A・B一般入院料」の新設や「地域包括医療病棟入院料」の施設基準緩和など、これまで急性期医療を担ってきた病院は、今まさに大きな分岐点に立たされています。メディカル・データ・ビジョンは、2026年5月13日に病院経営セミナー「どちらへ進む？急性期と包括期」を開催。改定対策や経営戦略策定を専門とし、全国で多くのコンサルティング実績がある株式会社MMオフィス代表取締役の工藤高氏に、病院特性に応じた今後の経営戦略立案についてお話をいただきました。

2026年度診療報酬改定は「崩」

工藤氏は、今後の病院経営において急性期を突き詰めるか包括期へシフトするかという選択を迫る今回の診療報酬改定を漢字一文字で「崩」と表現しました。

まず、30年間続いたデフレ経済から急激なインフレ経済へと転換したことにより、物価上昇で病院の7割、

診療所の4割が赤字になるという医療経営の崩壊へ緊急対応した点です。この対応により、診療報酬本体の改定率が30年ぶりに3%を超え、「本体プラス3%超の壁」が崩れました。そして、ICT機器などを活用して業務を効率化すれば看護要員が本来の配置基準より1割以内で減っていても、臨時的に施設基準を満たすとされ、人員

図表 1

旧地域医療構想は2025年にワイングラスを砲弾型は間に合わなかった

2027年から「新たな地域医療構想」

26年改定は「地域医療構想へ寄り添う」

→精神病床も対象へ

→かかりつけ医機能報告制度（本年3月末までに報告済み）

- 新（シン）地域医療構想では、現在の「高度急性期」「急性期」「回復期」「慢性期」のうち、これまでの「回復期機能」の名称を「包括期機能」へ変更、診療報酬ではすでに先取りで使用
- さらに包括期の機能へ「高齢者等の急性期患者への医療提供機能」を追加

「新しい地域医療構想のとりまとめ」の急性期と包括期の記載

- 75歳以上の患者のうち4割程度の患者において、急性期医療として主に実施されることが想定される手術や処置が実施されていることや、そういった治療は行わないものの引き続き急性期入院医療として実施される患者が存在することを鑑み、これまで急性期と区分してきた75歳以上の患者のうち5割を引き続き急性期の需要として見込み、残りの5割の患者を包括期の需要として見込む
- 病床機能の報告に当たっては、これまでと同様、自主的に医療機関が報告することとするが、一定の客観性をもった報告となるよう、病床機能に対応する診療報酬の入院料の種類について、ガイドラインで示すことが必要である。

（株）MMオフィス

4

配置基準の壁が崩れ去りました。

今回の改定を読み解くうえで避けて通れないのが、地域医療構想との連動です。2025年を目標としてきた旧地域医療構想では、全体の病床数の目標はほぼ達成されたものの、内訳を見ると急性期病床が目標に対して約10万床過剰である一方、回復期病床が約17万床不足するというアンバランスな結果に終わりました。そこで、2040年に向けた新しい地域医療構想（“シン地域医療構想”）では、これまでの「回復期機能」の名称を「包括期機能」へ変更し、診療報酬のインセンティブによって包括期への機能転換を強力に誘導する方針です。特に重要な方針として、「これまで急性期と区分してきた75歳以上の患者のうち、5割を引き続き急性期の需要として見込み、残り5割の患者を包括期の需要として見込む」と明確に示されました。

“シン地域医療構想”では、医療機関機能の名称と定義が明確化され、「高齢者救急・地域急性期機能」や「急性期拠点機能」などの報告が示されました。急性期拠点機能の目安としては、人口20～30万人に1つ（例

外あり）という方針が示されています。救急搬送件数や一定数以上の全身麻酔の手術件数といった要件を高いレベルで満たせるかどうかにかかっており、どの急性期病院も救急車を断らない体制を充実させてくることが予想されます。

急性期を突き詰めるか包括期へのシフトか

さらに工藤氏は、「包括期への転換は完全に舵を切ることが求められている」と強調します。

急性期機能の維持が難しい場合に選択肢となるのが、新設された地域包括医療病棟（地メディ）への機能転換です。一般病棟を持たない許可病床200床未満の病院の地メディに対して「包括期充実体制加算（1日80点×14日間）」という高い点数が設定され、急性期と包括期の中途半端な併設ではなく、完全に包括期へ舵を切ることを強く促しています。

地ケア併設病院で一般病棟を地メディへ転換させるにあたり最大のネックとなるのが、在宅復帰率80%以上という要件です。地メディから地ケアへの院内転棟や転

図表 2



2026年改定で急性期は救急搬送件数がますます重要に

1. 急性期病院A一般入院料は救急搬送2000件以上、急性期病院B一般入院基本料は1500件以上
2. 看護必要度の救急患者応需係数は「(救急搬送件数÷病床数)×0.005=10%上限」
3. DPCの基礎係数1は救急搬送入院が700件以上→次回28年改定は急性期A・Bに限定か
4. 救急外来医学管理料1は救急搬送1500件以上

救急車を断らない体制をどこの
急性期病院も充実させてくる

(株)MMオフィス

10

院は在宅復帰としてカウントされないため、両病棟を併設していると基準を満たせなくなります。この要件をクリアするためには、一般病棟から地ケアへ漫然と患者を送るような運用は通用しません。疾患や病状に応じて緻密なベッドコントロールをすることが不可欠です。例えば、整形外科で手術をした患者は地メディで受け入れ自院または他院の回復期リハへ移す、内科の高齢救急患者は地メディで受け入れ、転棟させずにそのまま退院といった具合です。地メディを運営するには、365日のリハビリ提供体制や、入院後48時間以内の管理栄養士による評価体制なども必須要件となります。土日であってもリハビリや栄養評価ができるよう、現場スタッフの協力と抜本的な業務体制の構築が求められます。

未来志向型の病院経営を

さらに工藤氏は、「ルールに合わせて闘い方を変える必要がある」と提唱し締めくくりました。

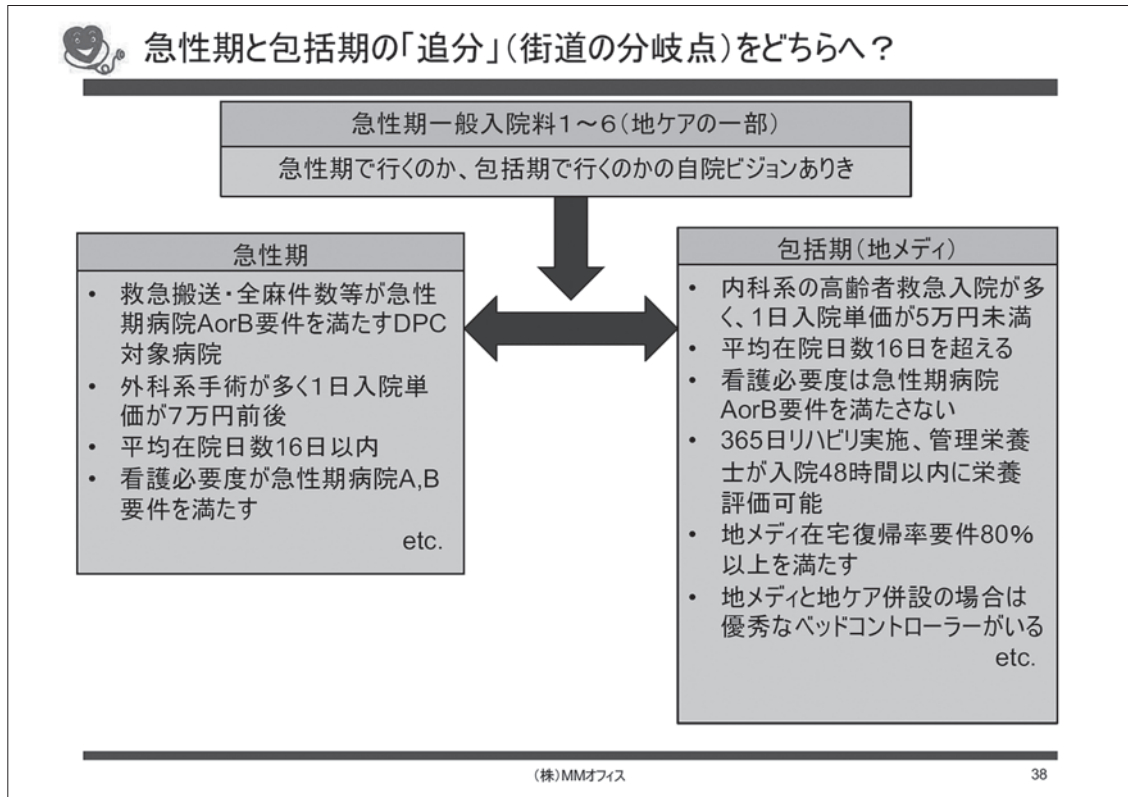
これまでの改定はベッドコントロールなど院内のマネジメントを中心とした、ソフト面でのいわゆる「努力で

越えられる壁」でした。一方で、2026年度改定は急性期A・B入院料要件の救急搬送件数や全床件数、地メディであればアウトカム評価など自院や地域の医療提供体制に依存する「構造的な壁」と言えます。制度は病院の機能分化を進め、地域医療構想の実現に必要な壁へとシフトしていきます。

2026年度改定では、一般病棟併設がなければ地メディ、地ケアに有利となる入院料や加算が新設されました。2028年度改定以降も、地メディ等の包括期への誘導が進むと予想されます。地域の医療提供体制や自院の立ち位置を把握したうえで急性期を突き詰める（＝急性期A・Bの要件を満たし、外科系手術をさらに充実させる）か、包括期へシフトする（＝地メディへ転換し、内科系高齢者の受け入れとリハビリ・栄養管理体制を強化する）かの決断を迫られます。

また、今後の病院経営においては「チーム医療の推進」が鍵を握ります。医師、看護師、リハビリスタッフ、管理栄養士などが「タコツボ化（セクショナリズム化）」することなく連携してリハビリ・口腔管理・栄養

図表 3



管理を一体的に提供することで、さまざまな加算が取得可能になります。個別の加算について「単体では採算が取れない」とミクロな「現在志向バイアス（近視眼的な判断）」に陥るのではなく、加算取得を通じた体制整備によって医療の質や安全性を向上させ、タスクシフトによって病院全体の労働生産性を上げるというマクロな視点を持つことが重要です。多くの加算は届出が一定割合超になれば、やがてはハードルになるという厚労省からのメッセージです。

診療報酬改定、介護報酬改定の度にルールが大きく変わっていきます。スポーツと同様、ルールが変わったら闘い方も変える必要があります。過去踏襲型ではなく、制度の変化に合わせた未来志向型の病院経営が求められていくでしょう。

編集後記

診療報酬改定は6月に施行され、すでに病院では工藤氏の講演を基とする病棟戦略の検討や未来志向型の病院経営が進んでいるかもしれません。聴講者へのアンケート

トでは、講演内容について「期待以上だった」「期待通りだった」が88.3%を占めました。また、「ケアミックス病院はデータを見ながら方向性を検討していくことを継続していく必要があると思った」「地メディ誘導の趣旨は分かるが、地メディ転換後による施設基準遵守以外での弊害が起こりえるのではないかと不安もある」「地域包括医療病棟へ転換を進めるための基準を知ることができてアプローチの方向が明確になった」「今回の改定は地域医療構想にリンクしている部分や、現状維持でなく未来志向経営が重要な点について再認識できた」といった声がありました。④