

1. 令和8年度診療報酬改定の概略
2. 診療報酬改定に至る道筋
3. 令和8年度診療報酬改定のポイント
 - ① 全体項目
 - ② 個別項目(外来、在宅、オンライン診療)
4. 診療報酬改定を踏まえたクリニック(外来、在宅)の戦略方針
5. まとめ

改定のポイント①(再掲)

領域	方向性	ポイント
賃上げ・物価高騰対策	賃上げに向けた評価	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 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
急性期・高度急性期入院医療	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	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 看護・多職種協働加算の新設(看護職員、PT・OT・ST、管理栄養士、臨床検査技師の協働の評価)
包括期・慢性期入院医療	「治し、支える医療」の実現に向けた各評価の見直し	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 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
業務効率化・負担軽減等	ICT等の活用による業務効率化・負担軽減	<ul style="list-style-type: none"> 見守りや記録等で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因が不足する場合の取扱いの柔軟化	<ul style="list-style-type: none"> やむを得ない事情で1日当たり勤務する看護要因の数等に1割以内の一時的な変動がある場合でも、必要な取組を行っていれば3か月以内は施設基準変更不要。
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	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 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)

改定のポイント②（再掲）

領域	方向性	ポイント
外来医療の 機能化・強化等	外来の機能分化の推進	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 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
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	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 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
重点的な対応分野	救急医療	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 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DX・オンライン診療の評価の見直し	<ul style="list-style-type: none"> 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

外来型無床診療所：「かかりつけ医機能」と開業規制

制度改定ポイント

- 外来医師過多区域における新規開業規制
- 特定機能病院等紹介患者受入加算（逆紹介）の新設
- 訪問看護遠隔診療補助料（D to P with N）の新設

経営への意味合い

- 「どこでも開業できる」時代の終わり
- 大病院からの「逆紹介」と「在宅・オンライン」が収益の柱に

対策アクション

- 厳密なマーケティング: 新規開業・分院展開時のエリア選定と競合調査
- 逆紹介の受入: 特定機能病院との連携パスを構築し、慢性期患者を引き受ける
- オンライン診療: 看護師同行型オンライン診療など、新加算の積極活用

外来型無床診療所における対策

【2026年度診療報酬改定のポイント】

(サマリー)

外来医師過多区域における**新規開業の抑制を制度化**しました。

機能分化と「かかりつけ医機能」の評価が進む見込みです。**特定機能病院等からの紹介患者を初診で受け入れた場合を評価する「特定機能病院等紹介患者受入加算」**が新設されます。**地域包括診療加算等において、要介護+1疾患が対象**となりました。また**時間外対応加算がいずれも引き上げ**られました。

生活習慣病管理料では、一部の医学管理料が包括外となり、また**眼科・歯科との連携が評価**され、療養計画書の患者署名が不要になるなど簡素化も図られます。一方で、**外来データ提出加算は充実管理加算として組み替え**られ、減算となっています。

オンライン診療においては、**看護師等との連携によるモデルが明確化**されました。訪問看護と同時、または訪問看護とは別に看護師等が患家を訪問してオンライン診療を補助する場合の「訪問看護遠隔診療補助料」（265点）が新設されます。また、検査や処置を行った場合の実施料（100点～150点）も新設され、より実践的な運用が可能になります



【改定見直しを通じた意味合い】

- 外来の**開業規制**によって、医師の偏在対策が図られます
- 特定機能病院からの逆紹介を受け入れられる体制や連携づくり、要介護のある方の受入、時間外対応などのかかりつけ医機能強化が求められます
- **訪問看護師と共にオンライン診療**を進めて、今までよりも患者実態を把握しながら適切な診療を行えるようになります

【改定を踏まえた診療所の経営戦略・対策（案）】

- 新規開業や分院開設時には、**市場調査や地域との事前の調整**が重要となります
- より**重症患者を診られる体制**づくりや、臨時往診の体制含めた**かかりつけ医機能の強化**が求められます
- 訪問診療は無理でも、**オンライン診療によって地域を支える**などの戦略も検討テーマとなります

在宅医療：「重症度」重視と訪問頻度の適正化

制度改定ポイント	<ul style="list-style-type: none">• 在宅医療充実体制加算の厳格化（重症患者中心へ）• 医療提供機能連携確保加算（過疎地での連携評価）• 月2回訪問の対象患者の厳格化
経営への意味合い	<ul style="list-style-type: none">• 軽症患者への頻回訪問ビジネスモデルは淘汰される• 24時間365日対応の質（バックアップ体制含む）が問われる
対策アクション	<ul style="list-style-type: none">• 重症患者の受入強化: ターミナル、がん末期、神経難病患者の比率を上げる• 訪問頻度のメリハリ: 軽症は月1回、重症は月2回以上と適正化する• 地域連携: 人口減少地域では他院との連携で「連携確保加算」を狙う

在宅医療における対策

【2026年度診療報酬改定のポイント】

(サマリー)

在宅医療においては、24時間365日の体制で、**重症患者中心にした在宅医療を後押し**するべく施設基準を厳格化し在宅緩和ケア充実診療所・病院加算を在宅医療充実体制加算に変更して引き上げられます。また**月2回訪問診療の対象患者を重症患者中心**とするように厳格化されます。

24時間の往診体制を平時から訪問診療を行っている医師による体制整備がなされている場合と、株式会社等のバックアップによる休日夜間の往診対応を行っている場合が区別されます

人口減少地域等での体制確保が重視され、**人口少数地域において外来・在宅医療の確保支援や緊急入院受入を行う病院を評価**する「医療提供機能連携確保加算」（入院初日600点、医学管理50点）が新設されます。また、在宅療養支援診療所等の機能強化として、継続的な賃上げを実施している場合のベースアップ評価料の区分が設けられます

残薬対策の徹底が求められ、薬剤師による同行訪問が別途評価されます。

訪問看護においては、同一建物居住者への訪問については、**利用者の人数等に応じたきめ細かな評価**へと見直され、効率性と公平性の観点から適正化が図られます。また**包括評価も新設**されます。精神科訪問看護においても地域連携を評価する新たな区分が検討されています。



【改定見直しを通した意味合い】

- 在宅医療において**月2回訪問は重症患者中心**とすること、また**一定の重症患者受入**が重要となります。
- 24時間の体制整備においては、一時的に第三者を頼るとしても、**最終的な体制整備についての検討**が必要となります
- 残薬対策を徹底**する必要があり、薬剤師の活用も一案です。

【改定を踏まえた診療所の経営戦略・対策（案）】

- 診療体制と営業体制を強化**し、重症患者受入を強化
- 軽症患者は月1回、重症患者は月2回など**患者状態にあわせた訪問頻度等を調整**
- 最終的に**複数名の医師による24時間365日体制の構築**を行うか、外部を頼りながら在宅医療を軽めに行うかを判断

診療報酬改定から見通す、各施設に求められる姿（例）

	診療報酬改定の概要	今後求められる姿
高度急性期病院 (DPC/PDPS)	<ul style="list-style-type: none"> DPC制度改定および急性期病院A,B一般入院料の新設によって、救急車受入と全身麻酔手術件数の確保が重要（人口20万人に1施設） 急性期病院で地域包括医療病棟、地域包括ケア病棟を併設不可に 急性期一般入院料は、重症度、医療・看護必要度等において内科疾患の拡充が図られる一方で大幅な厳格化。（救急車台数で底上げ） 	<ul style="list-style-type: none"> 高度急性期を維持／目指す場合は、救急車受入、全身麻酔手術確保が必須に 地域包括医療病棟や地域包括ケア病棟の併設が不可となるため機能の見極めが鍵に
一般急性期病院 (地域包括医療／地域包括ケア病棟・病床)	<ul style="list-style-type: none"> 急性期一般入院料は、内科領域拡充＋救急車台数重視 地域包括医療病棟は急性期病棟の併設有無で点数が分化 地域包括医療病棟、地域包括ケア病棟共に高齢者早期受入を評価し、早期のリハビリ・栄養・口腔管理を評価 	<ul style="list-style-type: none"> 救急車受入による重症度確保が重要に 地域包括医療病棟、地域包括ケア病棟共に急性期病床と併設するかどうかを要判断 リハビリ、栄養、口腔管理を強化
回復期リハビリテーション病院	<ul style="list-style-type: none"> 全施設基準で、FIMによる施設基準を導入し、厳格化 回復期1では更に高い実績を有する施設を評価 土日リハビリ対応が要件化。地域支援事業、口腔管理体制を整備 	<ul style="list-style-type: none"> 重症患者受入やリハビリアウトカムの向上
療養型病院	<ul style="list-style-type: none"> 医療区分の微調整（感染症＋処置を区分3に、悪性腫瘍以外の緩和ケアを区分2に） 療養病棟2の基準を厳格化 	<ul style="list-style-type: none"> 医療必要度の高い方への対応強化
精神科病院	<ul style="list-style-type: none"> 精神病棟入院基本料18：1、20：1の長期入院を減算 多職種対応、身体合併症対応を評価 病床削減施設、小規模施設の支える加算を新設 公認心理師の役割強化 	<ul style="list-style-type: none"> 長期入院を是正 病床規模の将来像（ダウンサイジング）を判断 多職種対応、身体合併症対応を強化
外来中心の無床診療所	<ul style="list-style-type: none"> 外来医師過多地域における開業規制の導入 生活習慣病管理料の微修正（署名不要、対象疾患増加） 特定機能病院の継続外来の縮小、受け皿となる診療所に新設加算 	<ul style="list-style-type: none"> 外来開業規制による影響の把握（M&A等） 特定機能病院からの患者受入強化 在宅医療、夜間・休日対応の検討
在宅強化型の無床診療所	<ul style="list-style-type: none"> 在宅医療充実体制加算による重症患者対応を評価 月2回訪問の対象を厳格化（一定割合未満に） 第三者による当直・オンコール体制時の要件明確化 （訪問看護）施設における軽症頻回訪問の厳格化 	<ul style="list-style-type: none"> 重症患者対応、受入の強化 患者の重症度にあわせた訪問頻度等の対応を整理

(再掲) 2026年度診療報酬改定のポイント

- 賃上げ、物価高対策で全体的に**基本報酬は底上げするが、基準は厳格化**
- **DXとICT活用で、人員配置（看護、医師事務補助）が緩和**
- DPC病院は**救急車と手術（全麻）件数**の確保が重点機能に
- 一般急性期病院の重症度は厳格化。**救急車の受入次第**で差が大きく
- 地域包括医療病棟、地域包括ケア病床は**高齢者救急**（含む救急外来、下り搬送）受入がより強く求められ、早期からのリハビリ・栄養対応が必須に
- 回復期リハビリテーション病棟は、**アウトカム指標が厳格化**
- 療養病床は微調整
- 在宅医療は、より**重症患者対応を重視**
- 外来は微調整
- 精神科は、早期退院、地域移行を強化
- 制度ハック的なビジネスモデルの締め付け強化
（軽症患者の頻回訪問、施設型ホスピスの訪問看護）

人員配置などの構造
評価から**アウトカム**
評価の時代へ

1. 令和8年度診療報酬改定の概略
2. 診療報酬改定に至る道筋
3. 令和8年度診療報酬改定のポイント
 - ① 全体項目
 - ② 個別項目(外来、在宅、オンライン診療)
4. 診療報酬改定を踏まえたクリニック(外来、在宅)の戦略方針
5. まとめ

さいごに

1. コロナ禍が過ぎて丸2年を超え、日本の状況も医療機関経営も新しい環境に変わりつつあります。特に診療所経営では、外来訪問頻度の減少や市中の感染症対策強化によって、患者さんが減少し、一方で費用では物価高、賃上げ圧力等で急激に経営環境が悪化しつつあります。
2. こうした状況下においての2026年度診療報酬改定は、医療機関の経営を物価高対策と賃上げで底上げしたことでは多くの医療機関は経営的に助かる内容となっています。
3. しかしながら、内容的にはこれまで以上に機能分化を進める内容となっており、高度急性期病院は救急車台数と全身麻酔手術の確保、回復期（包括期）では高齢者対応の強化やアウトカムが求められ、精神科では地域移行と身体合併症が強化されました。
4. 診療所に関しては、外来は、大きな改定はないものの大病院から診療所主体への流れが明確になるとともに、外来医師過多区域（東京23区（特に区中央部、西部、南西部、南部、西北部）、大阪市、京都市、神戸市、福岡市）における開業規制に対応する形で診療報酬も一部制限されることが大きいです。一方で、在宅医療は、重症患者重視の姿勢がはっきりと示され、各医療機関は方針の決定を迫られる内容です。
5. こうした診療報酬改定の流れの一方で、各医療機関の置かれている立場は、診療報酬ほどわかりやすく立ち位置がはっきりしていることは少ないです。市場環境、自院の実力、競合の動きなどを見極めながら今後の戦略を検討していくことが求められるようになりました。