

## NICHII 医事ニュース

発行元：医療関連事業本部 運用企画部 運用企画課

(2026.2.13時点)

## 主旨

激変する医療界の動向について、医療経営の視点で必要な情報を提供すると共に、医事業務に必要な実務知識の提供をしています

## 2026年度 診療報酬改定・速報

このたび、「NICHII 医事ニュース 特別号」としまして、今回の改定の基本方針と改定率等のおさらいと医療動向、さらに2月13日に発出された答申より改定のポイントをいくつかご紹介致します。詳細については厚生労働省の答申資料でご確認下さい。

<https://www.mhlw.go.jp/content/10808000/001655176.pdf>



## 改定に当たっての基本認識

中医協総-1-1 2025.12.12

- ▶ 日本経済が新たなステージに移行しつつある中での物価・賃金の上昇、人口構造の変化や人口減少の中での人材確保、現役世代の負担の抑制努力の必要性
- ▶ 2040年頃を見据えた、全ての地域・世代の患者が適切に医療を受けることが可能かつ、医療従事者も持続可能な働き方を確保できる医療提供体制の構築
- ▶ 医療の高度化や医療DX、イノベーションの推進等による、安心・安全で質の高い医療の実現
- ▶ 社会保障制度の安定性・持続可能性の確保、経済・財政との調和

## 改定の基本的視点

1. 物価や賃金、人手不足等の医療機関等を取りまく環境の変化への対応【重点課題】
2. 2040年頃を見据えた医療機関の機能の分化・連携と地域における医療の確保、地域包括ケアシステムの推進
3. 安心・安全で質の高い医療の推進
4. 効率化・適正化を通じた医療保険制度の安定性・持続可能性の向上

## 方向性のポイント

- 入院医療の評価と機能分化・連携
  - **地域医療構想**に基づき、医療機関の機能（急性期・包括期・慢性期など）に応じた評価を推進。
  - 機能ごとの役割分担・連携を強化し、効率的な医療提供体制を構築。
- 外来医療の適正化
  - 「**かかりつけ医**」「**かかりつけ薬剤師**」機能の評価を強化。
  - 大病院から地域のかかりつけ医への逆紹介促進で、効率的な外来医療を推進。
- 在宅医療の推進
  - 在宅医療の質・量の拡大と評価（特に訪問診療・看取り対応）を促進。
  - 在宅療養患者への後方支援機能を担う医療機関の評価も強化。
- 経営・人材確保への対応
  - 医療機関の物価高騰・人件費の増加に対応するため、処遇改善や業務効率化に資する診療報酬項目の見直し。
  - 医療従事者の働き方改革・確保に向けた支援。

令和8年度診療報酬改定について (令和7年12月24日大臣折衝事項)

改定率の解説

1. 診療報酬 +3.09% (R8年度及びR9年度の2年度平均。R8年度+2.41%、R9年度+3.77%) (R8年6月施行)

- ※1 うち、賃上げ分 +1.70% (2年度平均。R8年度+1.23%、R9年度+2.18%)
・医療現場での生産性向上の取組と併せ、R8・R9にそれぞれ3.2% (看護補助者、事務職員は5.7%) のペアを実現するための措置
・うち、改定率の0.28%分は、医療機関等における賃上げ余力の回復・確保を図りつつ幅広い職種での賃上げを確実にするための特例的な対応
※2 うち、物価対応分 +0.76% (2年度平均。R8年度+0.55%、R9年度+0.97%)
・特に、R8以降の物価上昇への対応として+0.62% (看護補助者、事務職員は5.7%) を充て、施設類型ごとの費用関係データ等に基づき配分。(病院+0.49%、医科診療所+0.10%、歯科診療所+0.02%、保険薬局+0.01%)
・また、改定率の0.14%分は、高度医療機能を持つ病院(大学病院を含む)が物価高の影響を受けやすいこと等を踏まえた特例的な対応
※3 うち、食費・光熱水費分 +0.09% (入院時の食費基準額の引上げ(40円/食)、光熱水費基準額の引上げ(60円/日))
・患者負担の引上げ：食費は原則40円/食(低所得者は所得区分等に応じて20~30円/食)、光熱水費は原則60円(指定難病患者等は据え置き)
※4 うち、R6改定以降の経営環境の悪化を踏まえた緊急対応分 +0.44%
・配分に当たっては、R7補正予算の効果を減じることのないよう、施設類型ごとのメリハリを維持(病院+0.40%、医科診療所+0.02%、歯科診療所+0.01%、保険薬局+0.01%)
※5 うち、後発医薬品への置換えの進展を踏まえた処方や調剤に係る評価の適正化、実態を踏まえた在宅医療・訪問看護関係の評価の適正化、長期処方・リフィル処方の取組強化等による効率化 ▲0.15%
※6 うち、※1~5以外分 +0.25% 各科改定率：医科+0.28%、歯科+0.31%、調剤+0.08%

- 2025年12月24日の大臣折衝により、本体改定率がプラス3.09%と決定。この数字は2026年と27年の平均値。
● 薬価等の改定率▲(マイナス)0.87%と本体改定率を合わせるとプラス2.22%。大幅なプラス改定。
● 賃上げ、物価高騰の対応、食費・光熱水費、前回改定以降の医療機関の経営環境悪化への緊急対応分等のプラス分、処方や調剤、在宅医療・訪問看護関係の評価の適正化等のマイナス分を除くと、実際のプラス分は0.25%。

2. 薬価等

- 薬価： ▲0.86% (R8年4月施行)
材料価格： ▲0.01% (R8年6月施行)
合計： ▲0.87%

3. 診療報酬制度関連事項

- ① R9年度における更なる調整及びR10年度以降の経済・物価動向等への対応の検討
② 賃上げの実効性確保のための対応
③ 医師偏在対策のための対応
④ 更なる経営情報の見える化のための対応

4. 薬価制度関連事項

- ① R8年度薬価制度改革及びR9年度の薬価改定の実施
② 費用対効果評価制度の更なる活用

大臣折衝における記載の解説

- ①前スライドの赤の枠囲み※2について：2026年と27年の平均で、プラス0.76%となっており、医療機能に応じた配分を行っている。
②前スライドの赤の枠囲み※4について：2024年度診療報酬改定以降の経営環境の悪化を踏まえた緊急対応として、プラス0.44%となっており、こちらも配分するにあたって、医療機能に応じた配分とする。
④※2には大学病院などへの特例的な対応：プラス0.14%の物価対応本格導入時の特例的な対応として措置する。

大臣折衝における記載

Table with 2 columns: 大臣折衝における記載 (抜粋) and 大臣折衝における記載の解説. It details the rationale for various adjustments like wage increases, price response, and emergency measures for medical facilities.

令和8年度介護報酬改定について

◆ 12月24日の予算大臣折衝を踏まえ、令和8年度介護報酬改定は、以下のとおりとなった。

1. 改定率について

- ◆ 改定率 +2.03% (内訳)
■ 介護分野の職員の処遇改善 +1.95% (令和8年6月施行)
・介護従事者を対象に、幅広く月1.0万円(3.3%)の賃上げを実現する措置
・生産性向上や協働化に取り組む事業者の介護職員を対象に、月0.7万円(2.4%)の上乗せ措置
※合計で、介護職員について最大月1.9万円(6.3%)の賃上げ(定期昇給0.2万円込み)が実現する措置
・上記の措置を実施するため、
① 今回から、処遇改善加算の対象について、介護職員のみから介護従事者に拡大する。
② 生産性向上や協働化に取り組む事業者に対する上乗せの加算区分を設ける。
③ 処遇改善加算の対象外だった訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅介護支援等について、新たに処遇改善加算を設ける。
■ 食費の基準費用額の引上げ +0.09% (令和8年8月施行)
・1日当たり100円引上げ
※低所得者について、所得区分に応じて、利用者負担を据え置き又は日額30~60円引上げ。

2. 令和9年度介護報酬改定について

- ・介護分野の賃上げ、経営の安定、雇職防止、人材確保を図る必要があることとの認識のもと、「介護事業経営実態調査」等において、介護サービス事業者の経営状況等について把握した上で、物価や賃金の上昇等を適切に反映するための対応を実施する。
・同時に、介護保険制度の持続可能性を確保するため、介護給付の効率化・適正化に取り組む必要がある。今般の有料老人ホームに関する制度改正の内容も踏まえつつ、サービスの提供形態に応じた評価の在り方について所要の措置を講じることを検討する。

社保審-介護給付費分科会  
2025.12.26

大臣折衝事項(抄) (令和7年12月24日)

社会保障審議会障害者部会  
2026.1.19

4. 障害福祉サービス等報酬改定 (※令和8年度処遇改善部分抜粋)

- 障害福祉サービス等報酬については、介護報酬と同様に、「強い経済」を実現する総合経済対策を踏まえ、令和9年度障害福祉サービス等報酬改定を待たずに、期中改定を実施する。具体的には、介護分野の処遇改善の対応状況も踏まえ、介護分野との収支差率や賃上げの状況の違い等、障害福祉分野における経費用額の伸び等も勘案しつつ、政府経済見通し等を踏まえた障害福祉分野の職員の処遇改善、障害福祉サービス等事業者の生産性向上や協働化の促進のため、以下の措置を講じる。なお、これらの措置による改定率は+1.84% (国費+313億円(令和8年度予算額への影響額))となる。
・福祉・介護職員のみならず、障害福祉従事者を対象に、幅広く月1.0万円(3.3%)の賃上げを実現する措置を実施する。
・生産性向上や協働化に取り組む事業者の福祉・介護職員を対象に、月0.3万円(1.0%)の上乗せを措置する。
※合計で、福祉・介護職員について、最大月1.9万円(6.3%)の賃上げ(定期昇給0.6万円込み)が実現する措置。
・上記の措置を実施するため、今回から、処遇改善加算の対象について、福祉・介護職員のみから、障害福祉従事者に拡大するとともに、生産性向上や協働化に取り組む事業者に対する上乗せの加算を設ける。また、これまで処遇改善加算の対象外だった、計画相談支援、障害児相談支援及び地域相談支援について、新たに処遇改善加算を設ける。さらに、ベースアップなどによる更なる賃上げや生産性向上等の取組を後押しするために必要な措置を講ずる。
・訪問系サービスにかかる国庫負担率については、改定内容を踏まえて所要の措置を実施する。

2026年度には介護報酬改定も実施。これまでの通常3年ごとの改定サイクルを待たずに実施される、いわゆる「期中改定」となるのが大きな特徴。人材確保・賃上げが緊急の課題となっている介護現場の状況を踏まえた対応。改定率は、プラス2.03%。

障害福祉サービス等の報酬改定も実施。こちらも、通常3年に1回(直近は2024年度)行われませんが、物価高騰や人材不足などの状況を受け、2026年度に期中で臨時的な見直しを行う方針が示されている。改定率は、プラス1.84%。

医療法等の一部を改正する法律（令和7年法律第87号）の概要

令和7年12月12日公布

改正の趣旨

高齢化に伴う医療ニーズの変化や人口減少を見据え、地域での良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制を構築するため、地域医療構想の見直し等、医師偏在是正に向けた総合的な対策の実施、これらの基盤となる医療DXの推進のために必要な措置を講ずる。

改正の概要

\*を付した事項は衆議院による修正部分（概略）

1. 地域医療構想の見直し等【医療法、地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律等】

- ①-1 地域医療構想について、2040年頃を見据えた医療提供体制を確保するため、以下の見直しを行う。
  - ・病床のみならず、入院・外来・在宅医療、介護との連携を含む将来の医療提供体制全体の構想とする。
  - ・地域医療構想調整会議の構成員として市町村を明確化し、在宅医療や介護との連携等を議題とする場合の参画を求める。
  - ・医療機関機能（高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等連携機能、急性期拠点機能等）報告制度を設ける。
- ①-2 厚生労働大臣は5疾病・6事業・在宅医療に関し、目標設定・取組・評価が総合的に推進されるよう都道府県に必要な助言を行う。\*
- ①-3 都道府県は病床数の削減を支援する事業を行える（削減したときは基準病床数を削減）、公表要件とし、義務を課すこととする。\*
- ② 「オンライン診療」を医療法に定義し、手続規定やオンライン診療を受ける場所を提供する施設に係る規定を整備する。
- ③ 美容医療を行う医療機関における定期報告義務等を設ける。

2. 医師偏在是正に向けた総合的な対策【医療法、健康保険法、総務法等】

- ① 都道府県知事が、医療計画において「重点的に医師を確保すべき区域」を定めることができることとする。保険者からの拠出による当該区域の医師の手当の支給に関する事業を設ける。
- ② 外来医療過多区域の無床診療所への対応を強化（新規開設の事前届出制、要請勧告公表、保険医療機関の指定期間の短縮等）する。
- ③ 保険者等の管理者について、保険医として一定年数の従事経験を持つ者であること等を要件とし、義務を課すこととする。

3. 医療DXの推進【総務法、社会保険診療報酬支払基金法、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律等】

- ①-1 必要な電子カルテ情報の医療機関での共有等を実現し\*、感染症発生届の電子カルテ情報共有サービス経由の提出を可能とする。
- ①-2 2030年までに電子カルテの普及率約100%を達成するよう、医療機関業務の電子化（クラウド技術等の活用を含む）を実現する。\*
- ② 医療情報の二次利用の推進のため、厚生労働大臣が保有する医療・介護関係のデータベースの仮名化情報の利用・提供を可能とする。
- ③ 社会保険診療報酬支払基金を医療DXの運営に係る母体として名称、法人の目的、組織体制等の見直しを行う。また、厚生労働大臣は、医療DXを推進するための「医療情報化推進方針」を策定する。その他公費負担医療等に係る規定を整備する。

4. その他（検討予定）\*

- ① 外来医師過多区域での新たな診療所開設の在り方、② 医師手当事業に関して保険者等が意見を述べられる仕組みの構築、③ 介護・福祉従事者の適切な処遇の確保

このほか、平成26年改正法において設けた医療法第30条の15について、表現の適正化を行う。

令和9年4月1日（ただし、一部の規定は公布日（①②及び③並びに④②及び③）、令和8年4月1日（①②、②①の一部、②及び③並びに④①）、令和8年10月1日（①③①の一部）、公布後1年以内に政令で定める日（③①①の一部及び③①②）、公布後1年6月以内に政令で定める日（③③の一部）、公布後2年以内に政令で定める日（①③及び③③の一部）、公布後3年以内に政令で定める日（②①の一部並びに③①①の一部及び③②）等）

医療法改定の解説

- 2040年頃に向けた医療提供体制の総合的な改革をもとに改正された医療法の概要。
- 高齢化に伴う医療ニーズの変化や人口減少を見据え、地域での良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制を構築するため、地域医療構想の見直し、オンライン診療等の推進、医師偏在是正に向けた総合的な対策の実施、これらの基盤となる医療DXの推進のために必要な措置が盛り込まれている。

新たな地域医療構想の解説

日本では今後、85歳以上の高齢者が大幅に増加し、生産年齢人口は減少し、医療従事者確保がより困難になり、急性期だけでなく外来・在宅医療、介護との連携、医療人材の確保が不可欠になってくる。

このため、「新たな地域医療構想」は、旧来の「病床中心」の構想から、より広い視点で2040年代の地域医療全体像を描く必要性が高まり、「治す・支える医療」の実現に向けて、  
・高齢化・医療需給ギャップに対応する長期戦略

・医療と介護、地域包括ケアとの一体的な提供体制の実現  
・医療資源の最適配分（人材、病床、機能）  
・持続可能な医療制度の構築  
といった社会的な課題に応えるための中長期的な医療戦略であり、今回の診療報酬改定における基礎となっている。

新たな地域医療構想に関するとりまとめの概要

※令和6年12月18日新たな地域医療構想等に関する検討会とりまとめより作成

医療提供体制の現状と目指すべき方向性

85歳以上の増加や人口減少がさらに進む2040年とその先を見据え、全ての地域・世代の患者が、適切に医療・介護を受けながら生活し、必要に応じて入院し、日常生活に戻ることができ、同時に、医療従事者も持続可能な働き方を確保できる医療提供体制を構築

- ・「治す医療」と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、地域完結型の医療・介護提供体制を構築
- ・外来・在宅、介護連携等も新たな地域医療構想の対象とする

新たな地域医療構想

(1) 基本的な考え方

- ・2040年に向け、外来・在宅、介護との連携、人材確保等も含めたあるべき医療提供体制の実現に資するよう策定・推進（従来のビジョン等、病床だけでなく医療機関機能に着目した機能分化・連携等）
- ・新たな構想は27年度から順次開始（25年度に国でガイドライン作成、26年度に都道府県で体制全体の方向性や必要病床数の推計等、28年度までに医療機関機能に着目した協議等）
- ・新たな構想を医療計画の上位概念に位置付け、医療計画は新たな構想に即して具体的な取組を進める

(2) 病床機能・医療機関機能

- ① 病床機能
  - ・これまでの「回復期機能」について、その内容に「高齢者等の急性期患者への医療提供機能」を追加し、「包括期機能」として位置づけ
- ② 医療機関機能報告（医療機関から都道府県への報告）
  - ・構想区域ごと（高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等連携機能、急性期拠点機能、専門等機能）、広域な観点（医療及び広域診療機能）で確保すべき機能や今後の方向性を報告
- ③ 構想区域・協議の場
  - ・必要に応じて広域な観点での区域や在宅医療等より狭い区域で協議（議題に応じ関係者が参画し効率的・実効的に協議）

(3) 地域医療介護総合確保基金

- ・医療機関機能に着目した取組の支援を追加

(4) 都道府県知事の権限

- ① 医療機関機能の確保（実態に合わない報告見直しの求め）
- ② 基準病床数と必要病床数の整合性の確保等
  - ・必要病床数を超えた増床等の場合は調整会議で認められた場合に許可
  - ・既存病床数が基準病床数を上回る場合等には、地域の実情に依り、必要な医療機関に調整会議の出席を求める

(5) 国・都道府県・市町村の役割

- ① 国(厚生大臣)の責務・支援を明確化（目指す方向性・データ等提供）
- ② 都道府県の取組の見える化、調整会議で調った事項の実施に努める
- ③ 市町村の調整会議への参画、地域医療介護総合確保基金の活用

(6) 新たな地域医療構想における精神医療の位置付け

- ・精神医療を新たな地域医療構想に位置付けることとする

地域医療構想及び医療計画等に関する検討会

病床機能について（案）

2025.10.31

- ・病床機能区分のうち、これまでの【回復期機能】について、2040年に向けて増加する高齢者救急等の受け皿として急性期と回復期の機能をあわせ持つことが重要となること等を踏まえ、【包括期機能】として位置づけはどうか。
- ・将来の病床数の必要量の推計については、受療率の変化等を踏まえ、定期的に（例えば将来推計人口の公表ごと、医療計画の作成ごと等）2040年の病床数の必要量の見直しを行うこととしてはどうか。また、これまでの取組との連続性等の観点から、これまでの推計方法を基本としつつ、受療率の変化等も踏まえ、基本的診療実績データをもとに病床機能区分ごとの推計を行うこととし、ガイドラインの検討において、改革モデルも含め、具体的な推計も検討することとしてはどうか。

病床機能区分

機能の内容

高度急性期機能	急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能
急性期機能	急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
包括期機能	高齢者等の急性期患者について、治療と入院早期からのリハビリ等を行い、早期の在宅復帰を目的とした治し支える医療を提供する機能 急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能 特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能（回復期リハビリテーション機能）
慢性期機能	長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害者を含む。）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能

病床機能の解説

病床機能区分に関しては、これまでの「回復期機能」について、2040年に向けて、増加する高齢者救急等の受け皿として急性期と回復期の機能を併せ持つことが重要になることから名称を「包括期機能」と変更されることになった。

医療機関機能について

医療機関機能の解説

地域の医療機関機能については、各医療機関に求められる役割も明確化され、

- ・高齢者救急・地域急性期機能
- ・在宅医療等連携機能
- ・急性期拠点機能
- ・専門等機能

に、機能ごとの分類・集約を進める方向性が示されている。

大学病院本院に関しては、広域な観点の医療機関機能として分類されている。

医療機関機能の考え方

- 医療機関機能に着目して、地域の実情に応じて、「治す医療」を担う医療機関と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、医療機関の連携・再編・集約が推進されるよう、医療機関（病床機能報告の対象医療機関）から都道府県に、地域で求められる役割を担う「医療機関機能」を報告。地域の医療提供体制の確保に向けて地域で協議を行うとともに、国民・患者に共有。
- 二次医療圏等を基礎とした地域ごとに求められる医療提供機能、より広域な観点から医療提供体制の維持のために必要な機能を設定。
  - ・ 2040年頃を前提として、人口規模が20万人未満の構想区域等、医療需要の変化や医療従事者の確保、医療機関の維持等の観点から医療提供体制上の課題がある場合には、必要に応じて構想区域を拡大。
  - ・ 従来の構想区域だけでなく、広域な観点での区域や、在宅医療等に関するより狭い区域を設定。新たな地域医療構想の策定・推進に向けて、地域に必要な医療提供体制の確保のため効果的のある議論に資するよう、区域ごとに議論すべき内容や議題に応じた主な参加者等についてガイドラインで明確化。

地域ごとの医療機関機能

主な具体的内容（イメージ）

- 高齢者救急・地域急性期機能
  - ・ 高齢者をはじめとした救急搬送を受け入れるとともに、必要に応じて専門病院や施設等と協力・連携しながら入院早期からのリハビリ・退院調整等を行い、早期の退院につなげ、退院後のリハビリ等の提供を確保する。
  - ※ 地域の実情に応じた幅をもった報告のあり方を設定
- 在宅医療等連携機能
  - ・ 地域での在宅医療の実施、他の医療機関や介護施設、訪問看護、訪問介護等と連携した24時間の対応や入院対応を行う。
  - ※ 地域の実情に応じた幅をもった報告のあり方を設定
- 急性期拠点機能
  - ・ 地域での持続可能な医療従事者の働き方や医療の質の確保に資するよう、手術や救急医療等の医療資源を多く要する症例を集約化した医療提供を行う。
  - ※ 報告に当たっては、地域シェア等の地域の実情も踏まえた一定の水準を満たす役割を設定。また、アクセスや構想区域の規模も踏まえ、構想区域ごとにとの程度の病院数を確保するが設定。
- 専門等機能
  - ・ 上記の機能にあてはまらない、集中的なリハビリテーション、高齢者等の中長期にわたる入院医療機能、有床診療所の担う地域に根ざした診療機能、一部の診療科・特化した地域ニーズに応じた診療を行う。
  - ※ 高齢者医療においては、あらゆる段階において、マルチモビリティ（多疾病併存状態）患者へのリハビリを含む、治し支える医療の観点が重要

広域な観点の医療機関機能

- 医育及び広域診療機能
  - ・ 大学病院本院が担う、広域な観点で担う常勤医師や代診医の派遣、医師の卒前・卒後教育をはじめとした医療従事者の育成、広域な観点が求められる診療を総合的に担い、また、これらの機能が地域全体で確保されるよう都道府県と必要な連携を行う。
  - ・ このほか、急性期拠点機能を担う医療機関等が行う、広域な観点での診療、人材の育成、医師の派遣等の役割についても、報告を求め、地域全体での機能の確保に向けた議論を行う。

地域医療構想及び医療計画等に関する検討会  
2025.8.27

区域の人口規模を踏まえた医療機関機能の考え方（案）

区域	現在の人口規模の目安	急性期拠点機能	高齢者救急・地域急性期機能	在宅医療等連携機能	専門等機能
大都市型	100万人以上 ※東京などの人口の概して多い地域においては、個性が高く、地域圏在等の観点も踏まえつつ別途整理	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 将来の手術等の医療需要を踏まえ、区域内に複数医療機関を確保</li> <li>・ 都道府県からの依頼等を踏まえ、地域の医療機関へ医師を派遣する</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 高齢者救急の対応の他、骨折の手術など、頻度の多い一部の手術についても対応</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 診療所による在宅医療の実施が多い場合、そうした診療所や訪問看護師等からの患者受入等の連携</li> <li>・ 高齢者施設等からの患者受入等の連携</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 特定の診療科に特化した手術等を提供</li> <li>・ 有床診療所の担う地域に根ざした診療機能</li> <li>・ 集中的な回復期リハビリテーション</li> <li>・ 高齢者等の中長期にわたる入院医療等</li> </ul>
地方都市型	50万人程度	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 将来の手術等の医療需要を踏まえ、区域内に1～複数医療機関を確保</li> <li>・ 都道府県からの依頼等を踏まえ、地域の医療機関へ医師を派遣する</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 高齢者救急の対応</li> <li>・ 手術等が必要な症例については地域の医療資源に応じて、急性期拠点機能を有する医療機関へ搬送</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 地域の在宅医療の提供状況に応じて、在宅医療・訪問看護の提供や後方支援を実施</li> <li>・ 高齢者施設等からの患者受入等の連携</li> </ul>	
人口の少ない地域	～30万人 ※20万人未満の地域については、急性期拠点機能の確保が可能かどうか等について特に点検し、圏域を設定	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 手術等の医療資源を多く投入する医療行為について集約化し区域内に1医療機関を確保する</li> <li>・ 地域の医療資源に応じて、高齢者救急・地域急性期機能や在宅医療等連携機能をあわせて選択することも考えられる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 地域の医療資源の範囲内で高齢者救急の対応</li> <li>・ 手術等が必要な症例については急性期拠点機能を有する医療機関へ搬送</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 診療所による在宅医療の実施が少ない場合、自ら在宅医療や訪問看護を提供</li> <li>・ 高齢者施設等からの患者受入等の連携</li> </ul>	

※ 地域の実情に応じて、複数の医療機関機能の選択が可能

22

人口規模を踏まえた医療機関機能の解説

地域の医療機関機能については、人口規模によっても考え方が定義されている。大都市型（人口100万～）、地方都市型、人口の少ない地域に分けて考え方が示しめされている。

例えば、大都市型・急性期拠点病院の特徴としては、命に直結する重症・救急・高度治療で、専門性の高い医療を集約提供し、地域医療全体を支えるハブ機能的な存在として位置づけられる。

「何でも診る」ではなく、「ここでしか診られない医療を担う」病院としての特徴がある。

診調組 入-1  
2025.9.18

急性期に着目した指標評価の解説

- ・急性期機能に着目した指標としては、
  - ・救急搬送件数
  - ・全身麻酔手術件数
  - ・地域における総合性
- がある。

「病床数が多い＝拠点急性期」ではなく、重症度・医療密度・役割といった中身が重要で、規模より代替不可能性が重視されている。

拠点的な急性期機能は、重症・高度・代替困難な医療を集約して担うものであり、一般的な急性期機能は、地域住民に身近な標準的急性期医療を安定的に提供する役割を担う。

急性期機能に着目した評価指標の現状と課題

診調組 入-3  
7. 7. 3

評価の観点	一般的な急性期機能	拠点的な急性期機能
救急搬送	<p>【現状の評価指標】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 救急車で来院・入院した患者数を評価（DPC制度：地域医療係数）</li> </ul> <p>【課題】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 二次医療圏において、一般的な急性期機能として、どの程度の救急搬送が受け入れられているか</li> <li>・ 地域の人口規模等で、配慮すべき観点はあるか</li> </ul>	<p>【現状の評価指標】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 救急車で来院・入院した患者数を評価（DPC制度：地域医療係数）</li> <li>・ 救急搬送件数2000件等（総合入院体制加算、急性期充実体制加算）</li> </ul> <p>【課題】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 地域における拠点的な急性期機能として、どの程度の救急搬送が受け入れられているか</li> <li>・ 人口規模の小さな地域や離島等での、救急搬送に係る拠点的な機能をどのように考えるか</li> </ul>
全身麻酔手術	<p>【課題】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 一般的な急性期機能として、地域でどの程度の手術が実施されているか</li> </ul>	<p>【現状の評価指標】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ DPC特定病院群の実績要件として、手術件数、外保連指数を評価</li> <li>・ 全身麻酔手術件数や悪性腫瘍手術等を評価（総合入院体制加算、急性期充実体制加算）</li> </ul> <p>【課題】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 拠点的な急性期機能として、どのような難易度・件数の手術が実施されているか</li> </ul>
総合性	<p>【現状の評価指標】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ カバ一率指数：様々な患者に対応できる総合的な体制について評価（DPC制度：カバ一率指数）</li> <li>・ 5疾病6事業等を含む医療提供体制における役割や実績を評価（DPC制度：地域医療係数）</li> </ul> <p>【課題】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 一般的な急性期機能として、どの程度の総合性があると考えられるか</li> </ul>	<p>【現状の評価指標】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ カバ一率指数や、5疾病6事業等を含む医療提供体制における役割や実績を評価（DPC制度）</li> <li>・ 幅広い指標診療科と入院医療提供を評価（総合入院体制加算）</li> <li>・ 小児・周産期・精神の入院医療を評価（小児・周産期・精神科充実体制加算）</li> </ul> <p>【課題】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 拠点的な急性期機能では、どの程度総合性があると考えられるか</li> </ul>

制度施行に向けた基本的な考え方

- 今後、複数の慢性疾患、医療・介護の複合ニーズ等をかかえる高齢者が増加する一方、医療従事者のマンパワーの制約がある中で、地域の医療機関等や多職種が機能が専門性に応じて連携して、効率的に質の高い医療を提供し、ブリアクセスのもと、必要ときに必要な医療を受けられる体制を確保することが重要。
- このため、かかりつけ医機能報告及び医療機能情報提供制度により、
  - ・ 「かかりつけ医機能を有する医療機関」のかかりつけ医機能の内容について、国民・患者に情報提供し、国民・患者のより適切な医療機関の選択に資することが重要。
  - ・ また、当該内容や今後担当意向について、地域の協議の場に報告し、地域で不足する機能を確保する方策を検討・実施することによって、地域医療の質の向上を図るとともに、その際、「かかりつけ医機能を有する医療機関」の多様な類型（モデル）の提示を行い、各医療機関が連携しつつ、自らが担うかかりつけ医機能の内容を強化するように促すことが重要。
- かかりつけ医機能の確保に向けた医師の教育や研修の充実、医療DXによる情報共有基盤の整備など、地域でかかりつけ医機能が発揮されるための基盤整備等に取り組むことが重要。

報告を求められるかかりつけ医機能の内容（主なもの）

- 1号機能**
  - 継続的な医療を要する者に対する発生頻度が高い疾患に係る診療その他の日常的な診療を総合かつ継続的に行う機能
    - ・ 当該機能を有すること及び報告事項について院内掲示により公表していること
    - ・ かかりつけ医機能に関する研修※の修了の有無、総合診療専門医の有無
    - ・ 診療領域ごとの一次診療の対応可能な有無、一次診療を行うことができる疾患
    - ・ 医療に関する患者からの相談に応じることができること
  - ※ かかりつけ医機能に関する研修の要件を設定し、該当する研修を示す。
  - ※ 施行後5年を目途として、研修充実の状況や制度の施行状況等を踏まえ、報告事項について改めて検討する。
- 2号機能**
  - 通称の診療時間外の診療、入退院時の支援、在宅医療の提供、介護等と連携した医療提供
    - ※ 1号機能を有する医療機関は、2号機能の報告を行う。
- その他の報告事項**
  - 健診、予防接種、地域活動、教育活動、今後担当意向 等

かかりつけ医機能が発揮されるための基盤整備

- 医師の教育や研修の充実**
  - かかりつけ医機能の確保に向けて、医師のリカレント教育・研修を体系化して、行政による支援を行うつつ、実地研修も含めた研修体制を構築する。
  - 知識（座学）と経験（実地）の両面から望ましい内容を整理し、かかりつけ医機能報告の報告対象として該当する研修を示す（詳細は厚労科研で整理）。
  - 国において必要な支援を検討し、医師が選択して学べる「E-learningシステム」の整備を進める。
- 医療DXによる情報共有基盤の整備**
  - 国の医療DXの取組として整備を進めている「全国医療情報プラットフォーム」を活用し、地域の医療機関等や多職種が連携しながら、地域のかかりつけ医機能を確保を推進。
  - 「全国医療情報プラットフォーム」による介護関連情報の共有が実施されるまでも、医療機関、訪問看護ステーション、介護サービス事業者等が円滑に連携できるよう、活用できる民間サービスの活用などの好事例の周知等に取り組む。
- 患者等への説明**
  - 説明が努力義務となる場合は、在宅医療や外来医療を提供する場合であって一定期間以上継続的に医療の提供が見込まれる場合とする。
  - 患者等への説明内容は、疾患名や治療計画、当該医療機関の連絡先等に加えて、当該患者に対する1号機能や2号機能の内容、連携医療機関等とする。
- 施行に向けた今後の取組**
  - 今後、制度の円滑な施行に向けて、関係省令・告示等の改正、かかりつけ医機能報告に係るシステム改修、かかりつけ医機能の確保に向けた医師の研修の詳細の整理、ガイドラインの作成、都道府県・市町村等に対する研修・説明会の開催等に取り組む。

★**かかりつけ医機能報告制度**を利用して**報告したからと言って、診療報酬上での評価はない（点数はない）**

★**将来的には、「登録していないと、かかりつけ医評価系の点数が取りにくくなる」可能性もある**

かかりつけ医機能報告の解説

「かかりつけ医機能報告制度」は、2025年4月に施行された新しい医療制度で、全国の多くの医療機関が地域医療における「かかりつけ医としての機能（役割）」について都道府県知事に報告する仕組み。国民が自分に合った医療機関を選びやすくし、地域医療全体の質と連携を高めることを目的としている。

■ 制度の目的

- 地域に必要とされるかかりつけ医機能を多面的に把握・強化するため。
- 医療機関が自らのような「かかりつけ医機能」を持つかを見える化することで、患者が自身に合った医療機関を選びやすくするため。
- 地域医療構造の実態把握に基づき、地域の協議の場で不足する機能の強化策を検討する基礎資料とするため。

■ 対象医療機関

- 病院・診療所（特定機能病院・歯科医療機関を除く）

■ 報告の流れ

1. 毎年1～3月に医療機関が都道府県に報告（G-MISを利用したオンライン等）  
※初回報告は2026年1～3月頃を予定
2. 都道府県が内容を確認・公表
3. 地域の医療関係者や自治体等の協議の場で、報告内容をもとに課題や機能強化策を検討

■ 報告内容：主に「機能の有無や実績」を記載

- 慢性疾患の治療・管理
  - 在宅診療の実施状況
  - 多職種連携・地域連携の取り組み
  - 研修修了状況（かかりつけ医機能に関する研修） など
- ※報告がすべての医療機関にとって義務付けられ、情報は医療機能情報提供制度等と連携して公表される。

■ 医療機関側

- 自院の「かかりつけ医機能」を整理し、日々の診療記録管理や研修履歴の整備が必要。
- 報告内容が地域の医療連携や患者の受診選択に反映されるため、地域での役割や連携強化の機会となる。

■ 患者・地域住民側

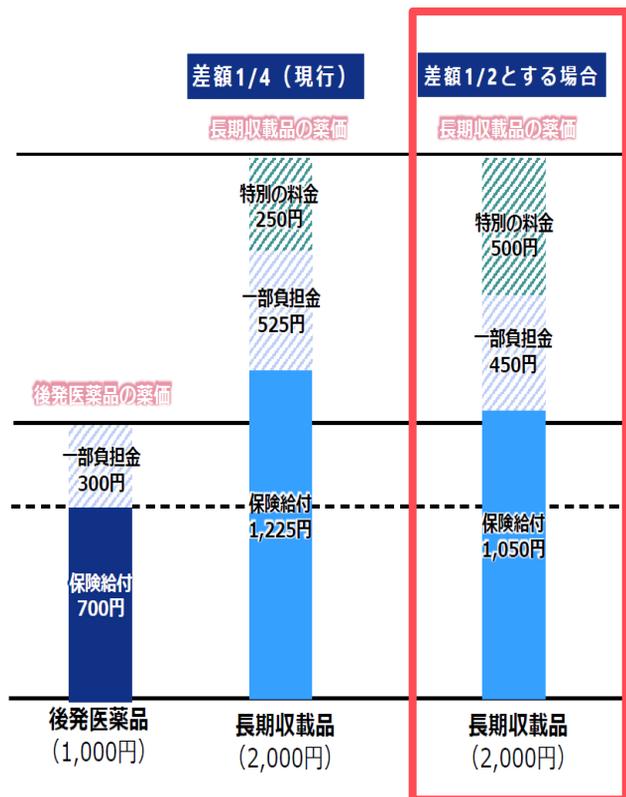
- 地域でどの医療機関がどのような機能を持つかを選びやすくなり、必要な医療につながりやすくなる。

長期収載品の選定療養について、後発医薬品の供給状況や患者負担の変化にも配慮しつつ、創薬イノベーションの推進や後発医薬品の更なる使用促進に向けて、患者負担の見直しを行う。

改定後

患者の希望により長期収載品を使用する場合、長期収載品と後発医薬品の価格差の4分の1相当を患者負担としているが、これを価格差の2分の1相当に引き上げる。

中医協総 - 6  
2025.12.17



長期収載品の選定療養費の見直しの解説

厚生労働省の実施した調査の結果、患者希望で長期収載品が処方された場合に徴取する“特別の料金”が現在の「2倍程度」になった場合に後発品に切り替えるとの回答が最も多かった、という結果があった。それをを受けて、検討した結果、現在、長期収載品と後発医薬品の価格差の4分の1相当を患者負担としているが、これを価格差の2分の1相当に引き上げることとなった。

患者調査の結果③-2

中医協 検 - 3 - 1  
7 4 9

先発医薬品からジェネリック医薬品に切り替えようと思う特別の料金の程度 (特別の料金を支払った経験のある人) (インターネット調査) (新) (報告書P397)

○ ジェネリック医薬品に切り替える特別の料金の程度については、インターネット調査では、「特別の料金が現在の2倍程度になる場合」が最も多く32.0%であった。

インターネット調査

図表 8-45 先発医薬品からジェネリック医薬品に切り替えようと思う特別の料金の程度 (特別の料金を支払った経験のある人、年代別)

	全体	9歳以下	10代	20代	30代	40代	50代	60代	70代	80代	90歳以上
調査数	100	2	10	15	9	10	9	21	20	3	1
特別の料金が現在の2倍程度になる場合※ 特別の料金がジェネリック医薬品価格差の半額となる場合	32.0	50.0	50.0	40.0	33.3	20.0	44.4	28.6	20.0	33.3	-
特別の料金が現在の3倍程度になる場合	16.0	-	10.0	40.0	11.1	10.0	11.1	19.0	5.0	33.3	-
特別の料金が現在の4倍程度になる場合※ 特別の料金がジェネリック医薬品価格差の全額となる場合	4.0	-	-	-	33.3	10.0	-	-	-	-	-
特別の料金がいくらであろうと、先発医薬品を選択する	16.0	-	20.0	6.7	11.1	30.0	11.1	19.0	15.0	-	-
現在の特別の料金でもそのうち切り替える	7.0	-	-	6.7	11.1	-	-	9.5	10.0	33.3	-
その他・わからない	25.0	50.0	20.0	6.7	-	30.0	33.3	23.8	50.0	-	-
無回答	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

地域で病院が果たしている救急搬送の受入や手術等の急性期機能に着目し、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た施設基準を設け、体制整備も含めた新たな評価を行う。

新設

A100急性期病院一般入院基本料（1日につき）

イ 急性期病院 A 一般入院料

1,930点

ロ 急性期病院 B 一般入院料

1,643点

急性期病院A/B一般入院料の解説

- 従来の急性期一般入院料（看護配置7対1・10対1など）とは別に、病院の急性期機能（救急・手術等の実績や役割）そのものを評価して基本料を設定する仕組み。
- 地域医療構想で求められる急性期機能を点数化・報酬評価につなげ、機能分化・連携を進める狙いがある。

急性期病院A/B一般入院料の比較

	急性期病院 A 一般入院料	急性期病院 B 一般入院料
特徴・位置づけ	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 地域における中心的・拠点的な急性期医療機関として評価</li> <li>■ 重症患者の受け入れ・救急対応・手術症例の豊富さなど、病院全体の急性期実績が要件に反映。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 地域内一般の急性期医療を支える役割に重点が置かれている。</li> <li>■ 地域ニーズや医療圏人口構造によって評価される。</li> </ul>
看護配置 病院基本要件	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 看護職員配置が7対1</li> <li>■ DPC病院であること。</li> <li>■ 看護職員最小必要数の7割以上が看護師であること。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 看護職員配置が10対1</li> <li>■ DPC病院であること。</li> <li>■ 看護職員最小必要数の7割以上が看護師であること。</li> </ul>
平均在院日数	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 16日以内</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 20日以内</li> </ul>
救急搬送受入件数 手術実績	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で2,000件以上であり、かつ、全身麻酔による手術件数が年間で1,200件以上であること。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 次のいずれかを満たすこと。</li> <li>ア 救急搬送件数年間：1500件以上</li> <li>イ 救急/手術救急搬送件数：500件以上 + 全身麻酔手術 500件以上</li> <li>ウ 人口20万人以下の地域での救急シェア：当該圏内で搬送件数が最も多く、年間 1000件以上</li> <li>エ 離島や特殊地域条件：圏内で救急搬送件数最大</li> </ul>
病棟構成・ケアミックス の制限	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 地域医療病棟・地域包括ケア病棟との併設が原則不可。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 急性期Bでは 地域包括ケア病棟との併設が可能（条件付き）。</li> <li>■ 「協力対象施設入所者入院加算」の算定も基本的に可能。</li> </ul>
想定される病院像	拠点的・基幹急性期病院	地域一般急性期病院・中核病院

※他に、重症度、医療・看護必要度、在宅復帰率等の要件があります。詳細は、後日発信の「学ぼうシリーズ」にてご確認ください。

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増す中でも、患者像に合わせた専門的な治療やケアを提供し、患者のADLの維持・向上等に係る取組を推進するため、重症度、医療・看護必要度の高い高齢者等が主に入棟する病棟において、看護職員や他の医療職種が協働して病棟業務を行う体制について、新たな評価を行う。

新設	
A215看護・多職種協働加算（1日につき）	
1 看護・多職種協働加算 1	277点
2 看護・多職種協働加算 2	255点

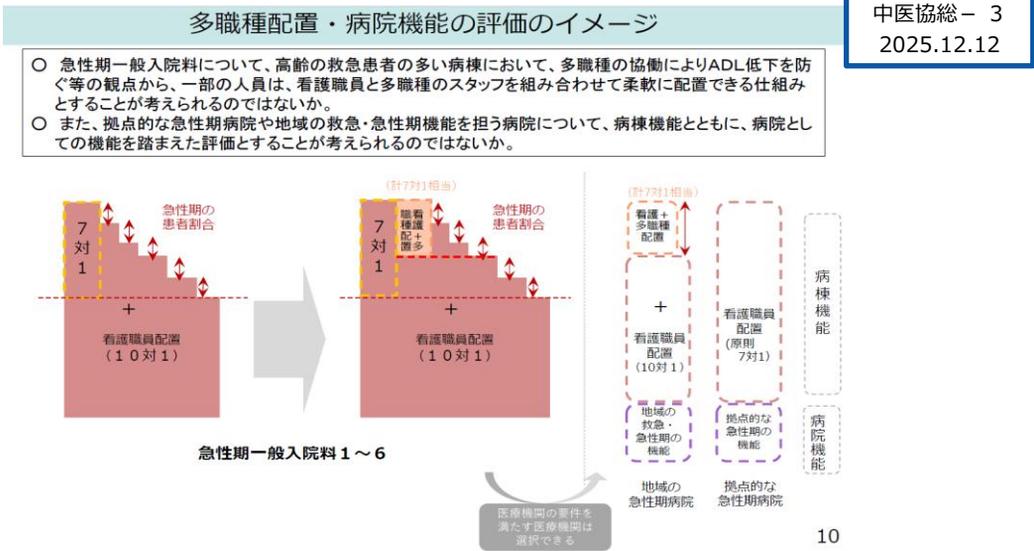
- ### 看護・多職種協働加算の解説
- 急性期一般入院料等の届出病棟で、看護 + 他職種が協働して診療補助を行う体制を評価する加算。
  - 看護職員に加えてリハ職（PT・OT・ST）・管理栄養士・臨床検査技師などを配置し、多職種が専門性を活かして協働する体制を評価。
  - 病棟全体としての機能強化が目的。

### 看護・多職種協働加算の要件

対象病棟	急性期一般入院料1（従来の重症度が高い病棟）と同等の重症度・医療・看護必要度を満たす実態のある病棟が対象 ■ 急性期一般入院料4 → 看護・多職種協働加算 1 ■ 急性期病院B一般入院料 → 看護・多職種協働加算 2
看護 + 他職種の配置	■ 看護職員の配置に加え、以下のいずれか他職種の配置が必要 ➢ 理学療法士（PT） ➢ 作業療法士（OT） ➢ 言語聴覚士（ST） ➢ 管理栄養士 ➢ 臨床検査技師 看護配置を超過した人員配置として評価されることが前提 → 例えば、10対1看護配置の病棟に他職種を上乗せして、7対1相当の体制に近づける
病棟としての成果指標	■ 看護必要度該当割合：要件あり ■ 平均在院日数：16日以内 ■ 在宅復帰率：8割以上
常勤の医師の員数	■ 当該病棟の入院患者数に百分の十を乗じて得た数以上であること。

※他に、重症度、医療・看護必要度等の要件があります。詳細は、後日発信の「学ぼうシリーズ」でのご確認ください。

### 【中医協での議論で示された図】



これまでの物価高騰による医療機関等の物件費負担の増加を踏まえ、初・再診料等及び入院基本料等について必要な見直しを行う。また、令和8年度及び令和9年度における物件費の更なる高騰に対応する観点から、その担う医療機能も踏まえつつ、物価高騰に対応した新たな評価を行う。

新設	
<b>O100物価対応料（1日につき）</b>	
<b>1 外来・在宅物価対応料</b>	
イ 初診時	2点
ロ 再診時等	2点
ハ 訪問診療時	3点
<b>2 入院物価対応料</b>	
イ 急性期病院A一般入院料を算定する場合	66点
ロ 急性期病院B一般入院料を算定する場合（ハの場合を除く。）	58点
ハ 急性期病院B一般入院料及び看護・多職種協働加算を算定する場合	58点
ニ 急性期一般入院料1を算定する場合	58点
ホ 急性期一般入院料2を算定する場合	45点
ヘ 急性期一般入院料3を算定する場合	45点
ト 急性期一般入院料4を算定する場合（チの場合を除く。）	45点
チ 急性期一般入院料4及び看護・多職種協働加算を算定する場合	58点
リ 急性期一般入院料5を算定する場合	36点
ヌ 急性期一般入院料6を算定する場合	34点
ル 地域一般入院料1を算定する場合	32点
ヲ 地域一般入院料2を算定する場合	32点
ワ 地域一般入院料3を算定する場合	23点
カ 特別入院基本料（一般病棟）を算定する場合	17点
※ その他の入院料等を算定する場合についても同様に対応する。	

物価対応料の解説

- **医科診療報酬**
  - 改定率で示された通り、2段階の点数が評価された。
  - 再診料や入院料の所定点数は増点となっているが、これは2024年度の改定以降、経営環境の悪化を踏まえた対応分。
  
- **物価対応料**
  - 2026年度と27年度の物価上昇に段階的に対応するため、「物価対応料」を新設。
  - 2027年度の点数は26年度の倍となる。
  - 国はあと2年は物価高が続くと見込んでいくようだ。

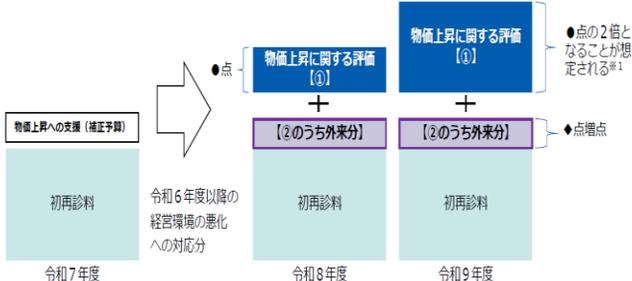
**[算定要件]**  
 (1)～(4) (略)  
 (5) 1及び2の点数について、令和9年6月以降は、所定点数の100分の200に相当する点数を算定する。

外来における物価上昇対応について (案)

中医協 総-1  
8.1.9

- 外来診療に関する物価上昇への対応について、大臣折衝における考え方を踏まえ、以下の通りとはどうか。
  - ① 令和8年度以降の物価上昇への対応については、段階的に対応する必要があることを踏まえ、初・再診料等（初・再診料に加え、訪問診療料や、初・再診料の評価が包括される診療報酬項目を含む）とは別に、初・再診料等に算定できる物価上昇に関する評価を設定する。
  - ② 令和6年度診療報酬改定以降の経営環境の悪化への対応分については、令和8年度改定時に、初・再診料等の評価に含める。
  - ③ こうした評価の水準については、医科診療所・歯科診療所の改定率を踏まえて設定することとする。

**【大臣折衝における記載】**  
 ○ 物価対応分 +0.76%（令和8年度及び令和9年度の2年度平均、令和8年度 +0.55%、令和9年度 +0.97%）。特に、令和8年度以降の物価上昇への対応としては、+0.62%（令和8年度 +0.41%、令和9年度 +0.82%）を充て、診療報酬に特別な項目を設定することにより対応する。  
 ○ ② 令和6年度診療報酬改定以降の経営環境の悪化を踏まえた緊急対応分 +0.44%。  
 配分に当たっては、令和7年度補正予算の効果減額しないよう、施設類型ごとのメリハリを維持することとする。  
 ※実際の経済・物価の動向が令和8年度診療報酬改定時の見通しから大きく変動し、医療機関等の経営状況に支障が生じた場合には（中略）令和9年度予算編成において加減算を含め更なる必要な調整を行う。



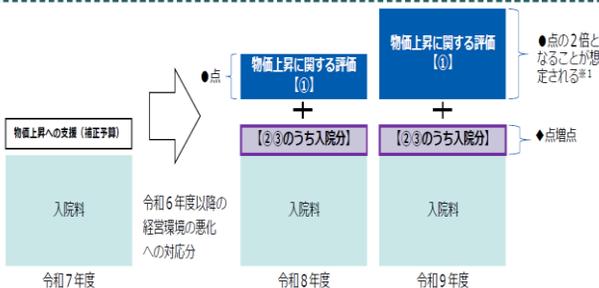
※1 実際の経済・物価の動向がR8年時点の見通しから大きく変動した場合等には、加減算を含めた調整を実施  
 ※2 薬局・訪問看護ステーションについても同様の考え方で対応

入院における物価上昇対応について (案) ①

中医協 総-1  
8.1.9

- 入院診療に関する物価上昇への対応について、大臣折衝における考え方を踏まえ、以下の通りとはどうか。
  - ① 令和8年度以降の物価上昇への対応については、外来における物価上昇対応と同様に、段階的に対応する必要があることを踏まえ、入院料等（入院基本料、特定入院料及び短期滞在手術基本料3）とは別に、入院料等の算定時に算定可能な、物価上昇に関する評価を設定する。
  - ② ③ 令和6年度診療報酬改定以降の経営環境の悪化への対応分については、令和8年度改定時に、入院料等の評価に含める。
- ※なお、こうした評価の水準は、病院の改定率（入院・外来を含む）から、前頁による外来診療における物価上昇対応の評価を差し引いた規模となるよう調整する必要がある。

**【大臣折衝における記載】**  
 ○ 物価対応分 +0.76%（令和8年度及び令和9年度の2年度平均、令和8年度 +0.55%、令和9年度 +0.97%）。特に、令和8年度以降の物価上昇への対応としては、+0.62%（令和8年度 +0.41%、令和9年度 +0.82%）を充て、診療報酬に特別な項目を設定することにより対応する。  
 ○ ② 令和6年度診療報酬改定以降の経営環境の悪化を踏まえた緊急対応分 +0.44%。  
 配分に当たっては、令和7年度補正予算の効果減額しないよう、施設類型ごとのメリハリを維持することとする。  
 ※1 実際の経済・物価の動向が令和8年度診療報酬改定時の見通しから大きく変動し、医療機関等の経営状況に支障が生じた場合には（中略）令和9年度予算編成において加減算を含め更なる必要な調整を行う。



※1 実際の経済・物価の動向がR8年時点の見通しから大きく変動した場合等には、加減算を含めた調整を実施

医療DX関連施策の進捗状況を踏まえ、普及した関連サービスの活用を基本としつつ、更なる関連サービスの活用による質の高い医療の提供を評価する観点から、診療録管理体制加算、医療情報取得加算及び医療DX推進体制整備加算の評価を見直す。

【医療DX関連の点数】

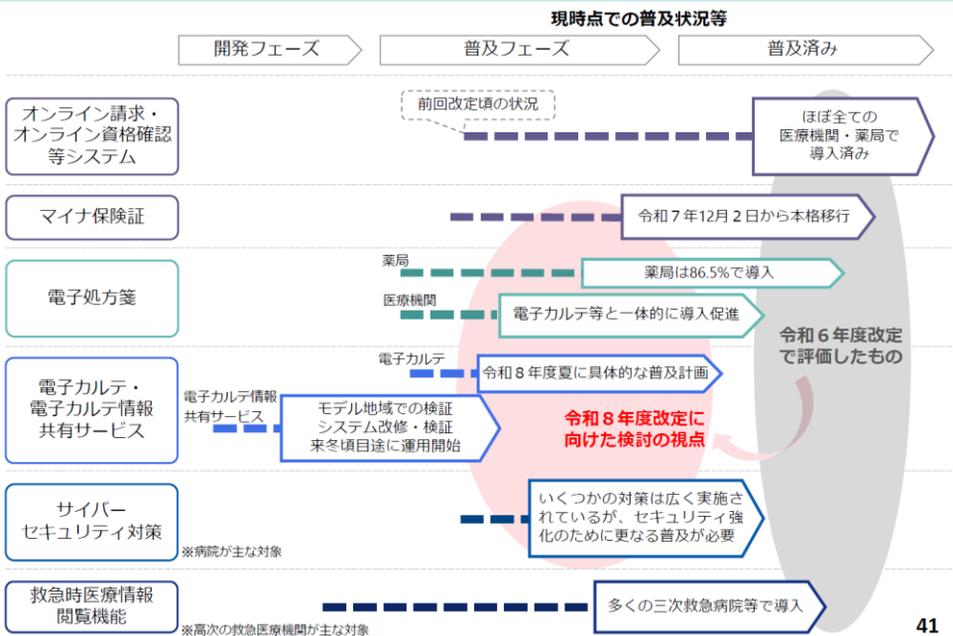
- 医療情報取得加算及び医療DX推進体制整備加算を廃止
- 電子的診療情報連携体制整備加算を新設(初診料、再診料、外来診療料及び入院料)

医療DX関連の解説

- 医療DXに向けた取り組みは「着実に進んでいる」部分と、「進んでおらず、さらなる支援等が必要」な部分とあることがわかる。
- マイナ保険証の普及は進んでいるが、ITに不慣れな患者への対応による負担が増加していることが挙げられてる。医療機関等には依然として「コスト」が発生している。
- 電子処方箋に関しては、複数医療機関を受診し、用法及び用量から通常想定される処方の量を大きく超えてゾルピデム製剤（マイスリーなど）の処方を受けている患者がいることが把握されており、これは電子処方箋サービスの重複投薬等チェックにより防ぐことができる、という指摘がある。
- 電子カルテについては、2026年夏までに、具体的な普及計画を策定する予定。
- 電子カルテ情報共有サービスについては、現在モデル事業で確認されている課題への対応を行っている。改修、検証を経て、当初の予定よりかなり遅れているが、2026年の冬頃をメドに全国で利用可能な状態にすること（運用開始）を目指す、としている。
- 救急時医療情報閲覧に関しては、意識障害の患者に対し、これを使用することで薬剤情報等を確認し、適切な治療に繋げることができたという事例が報告されている。
- サイバーセキュリティ対策に関しては、BCPやオフラインバックアップに取り組む医療機関が増加したが、情報セキュリティの統括責任者については、情報処理技術にかかる資格の取得者が少ないという状況がある。

医療DXの普及状況と診療報酬上の評価の視点（イメージ）

中医協総-2  
2025.12.19



ICT機器等の活用による医師事務に係る業務効率化・負担軽減等の業務改善推進の観点から、医師事務作業補助体制加算の人員配置基準を柔軟化する。

改定後

【A207-2医師事務作業補助体制加算】

〔算定要件〕

(1)～(2) (略)

(3) 医師事務作業補助者の業務は、医師（歯科医師を含む。）の指示の下に、診断書・診療情報提供書・返信・診療サマリー・診療計画書等の文書作成補助、診療記録・検査オーダー・食事オーダー・クリニカルパス・地域連携パスへの代行入力、患者・家族への説明文書の準備・作成、診療録・画像検査結果等の整理、医療の質の向上に資する事務作業（診療に関するデータ整理、院内がん登録等の統計・調査・入力作業、教育や研修・カンファレンスのための準備作業等）、入院時の案内等の病棟における患者対応業務及び行政上の業務（救急医療情報システムへの入力、感染症サーベイランス事業に係る入力等）への対応に限定するものであること。なお、(略)

改定後

2 ICT機器を活用する医師事務作業補助者の配置人数の算入方法

(1) 医師事務作業補助体制加算の届出を行う保険医療機関において、次のアからエまでのいずれにも該当する場合には、医師事務作業補助者の配置人数は、オ又はカに定めるところにより算入することができる。

ア 医師事務作業補助者が行う事務業務に関して、次に掲げるもののうち、

①を含むものを当該保険医療機関内で組織的に導入し、当該保険医療機関に勤務する大半の医師及び医師事務作業補助者が日常的に活用することにより、業務の効率化が顕著に図られていること。

① 生成AIを活用し、退院時要約、診断書及び紹介状等の原案作成を自動的に行い、当該業務を大幅に効率化する医療文書等の文書作成補助システム

② 診療録、退院時要約、診断書及び紹介状の作成に対応する医療文書等への入力を行う医療文書用の音声入力システム（汎用音声入力機能を除く。）

③ 救急医療情報システム等への医療データ等の定型的な入力作業等を自動化するロボティック・プロセス・オートメーション（RPA）

④ 入退院時の説明、検査・処置、麻酔・鎮静、手術、インフォームド・コンセント及び医療安全・感染対策等に関する10種類以上の患者向け説明動画

イ、ウ (略)

エ アの①から④までのうち、当該保険医療機関において導入し、活用しているとして届け出たものについて、当該保険医療機関に配置される全ての医師事務作業補助者に対し、操作方法及び生成AIの適切な利用に関する研修を実施し、全ての医師事務作業補助者が、常時、当該ICT機器を用いて、医師事務業務を遂行できる体制を整備していること。

オ アからエまでの要件を全て満たす場合には、医師事務作業補助者1人を1.2人として配置人数に算入することができる。

カ オに加え、アの②から④までに掲げるもののうち少なくとも1種類以上を広く活用している場合には、医師事務作業補助者1人を1.3人として配置人数に算入することができる。

(2)(3) (略)

医師事務作業補助体制加算の解説

- 今まで医師の働き方改革において現行の制度下で実施できる業務は確認できていたが、点数表にて業務範囲が明示された。下線部分が追加記載された業務。
- ICT活用による配置基準の柔軟化：ICT機器（生成AI・音声入力・RPA等）を活用した場合の人員配置基準の緩和措置が導入される。具体的には、ICT等を活用することで補助者1人を1.2人・1.3人として算入可能なルールの導入。（実質的な評価強化）。
- ICT・AIの活用要件が重要：生成AI等を活用する場合の研修実施や適切利用に関する基準整備が見直し項目として盛り込まれている⇒今後、ICT活用が医師事務作業補助体制加算の評価の前提となる。

★「配置基準を満たしているか」ではなく「医師の仕事が本当に軽くなっているか」を説明できる体制が必要