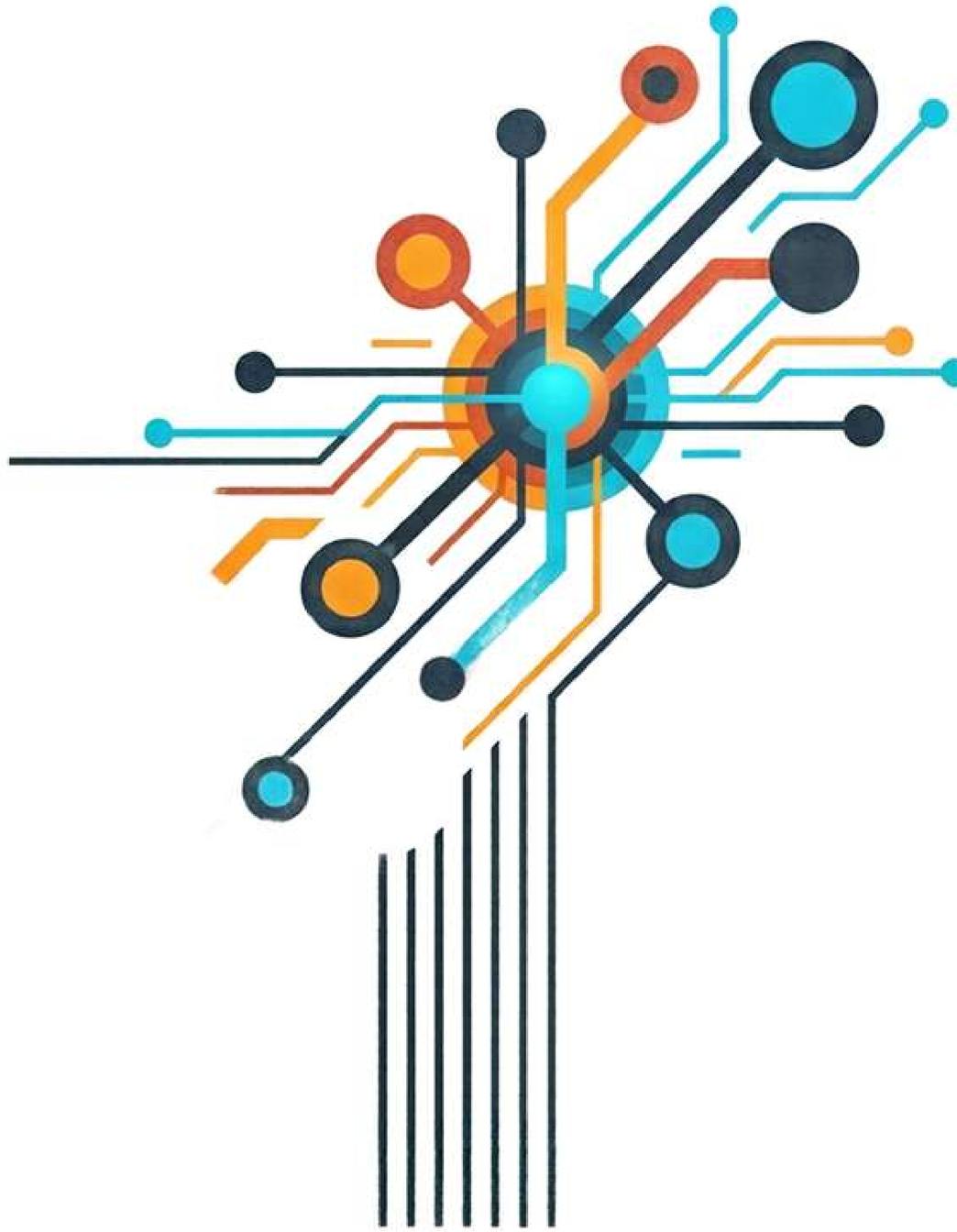
2026年9月11日
大阪府医療勤務環境改善支援センター令和8年度第1回勉強会

令和8年度診療報酬改定と2040年を見据えた病院の役割・機能分化



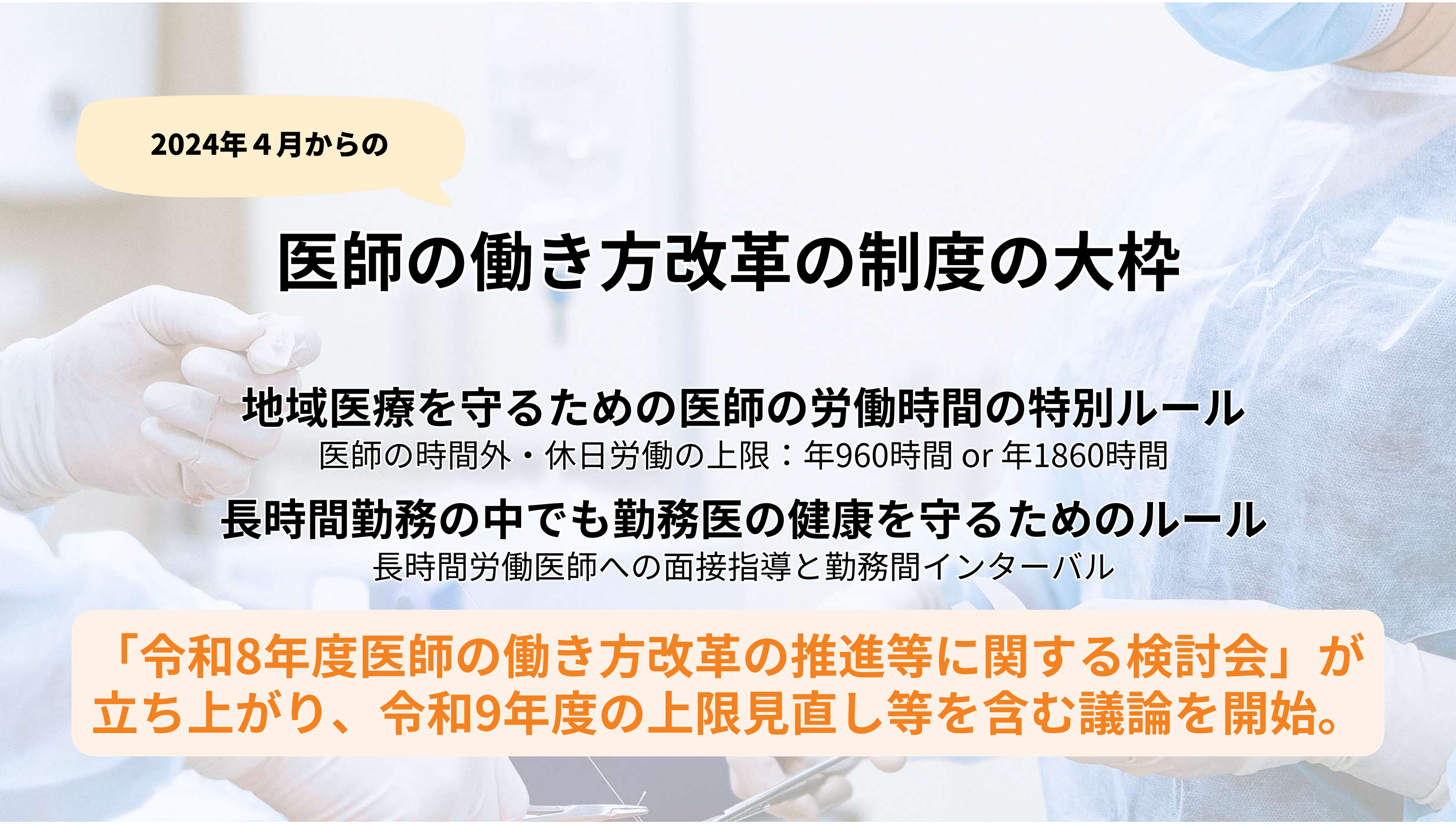
久留米大学/医療法人聖医会藤川病院
藤川　葵

Gemini Notebook

Chapter　1

医師の働き方改革の制度
最近の話題





2024年４月からの

医師の働き方改革の制度の大枠

地域医療を守るための医師の労働時間の特別ルール

医師の時間外・休日労働の上限：年960時間 or 年1860時間

長時間勤務の中でも勤務医の健康を守るためのルール

長時間労働医師への面接指導と勤務間インターバル

「令和8年度医師の働き方改革の推進等に関する検討会」が立ち上がり、令和9年度の上限見直し等を含む議論を開始。

医師の働き方改革に関する取組のサイクル

１年間のサイクル

＜制度の定着＞　※制度施行から当面は特に重要

○適切な労務管理の定着

※　適切な労働時間管理（副業・兼業、宿日直許可、研鑽等）が定着するように支援。

○特例水準の指定

※　Ａ水準で2024年４月を迎えた医療機関で、特例水準の指定が必要な医療機関が適切に特例水準の指定を受けられるよう支援。

○立入検査の実施（医療法第25条）

※　面接指導、勤務間インターバルの実施状況を確認し、確認の内容を踏まえて勤改センターにより必要な支援を実施。

＜労働時間短縮の取組の確実な実施＞

○医療機関全体の勤務環境の改善

※　医師だけでなく医療従事者全体の勤務環境改善を支援。

○医師労働時間短縮計画等の確実な実施

※　医療機関が計画に基づき実施する労働時間短縮の取組について、PDCAサイクルにより着実に進むように支援。

３年間のサイクル

＜上限の見直し＞

○上限の見直し（Ｂ・連携Ｂ）

※　Ｂ、連携Ｂ水準の上限（年1860時間）については、**３年ごとに必要な見直しを検討する**とされており、必要な検討を実施の上で次の３年間の上限を設定。

○地域医療計画の見直しサイクルを踏まえた検討

※　上限については、医療計画の見直しサイクルに合わせて実態調査等を踏まえた段階的な見直しを検討を行いつつ、必要な引き下げを実施。

※　Ｃ水準の上限についても縮減の方向性であるが、縮減の範囲や期限等はなく、研修及び医療の質の評価とともに中長期的に検証することとされている。

＜特定労務管理対象機関の見直し＞

○特定労務管理対象機関の指定（更新）

※　特定労務管理対象機関の指定は３年ごとに更新しなければその効力が失われる。指定を更新する場合には、再度の評価センターの評価受審、知事の指定（更新）が必要。

2036年度～

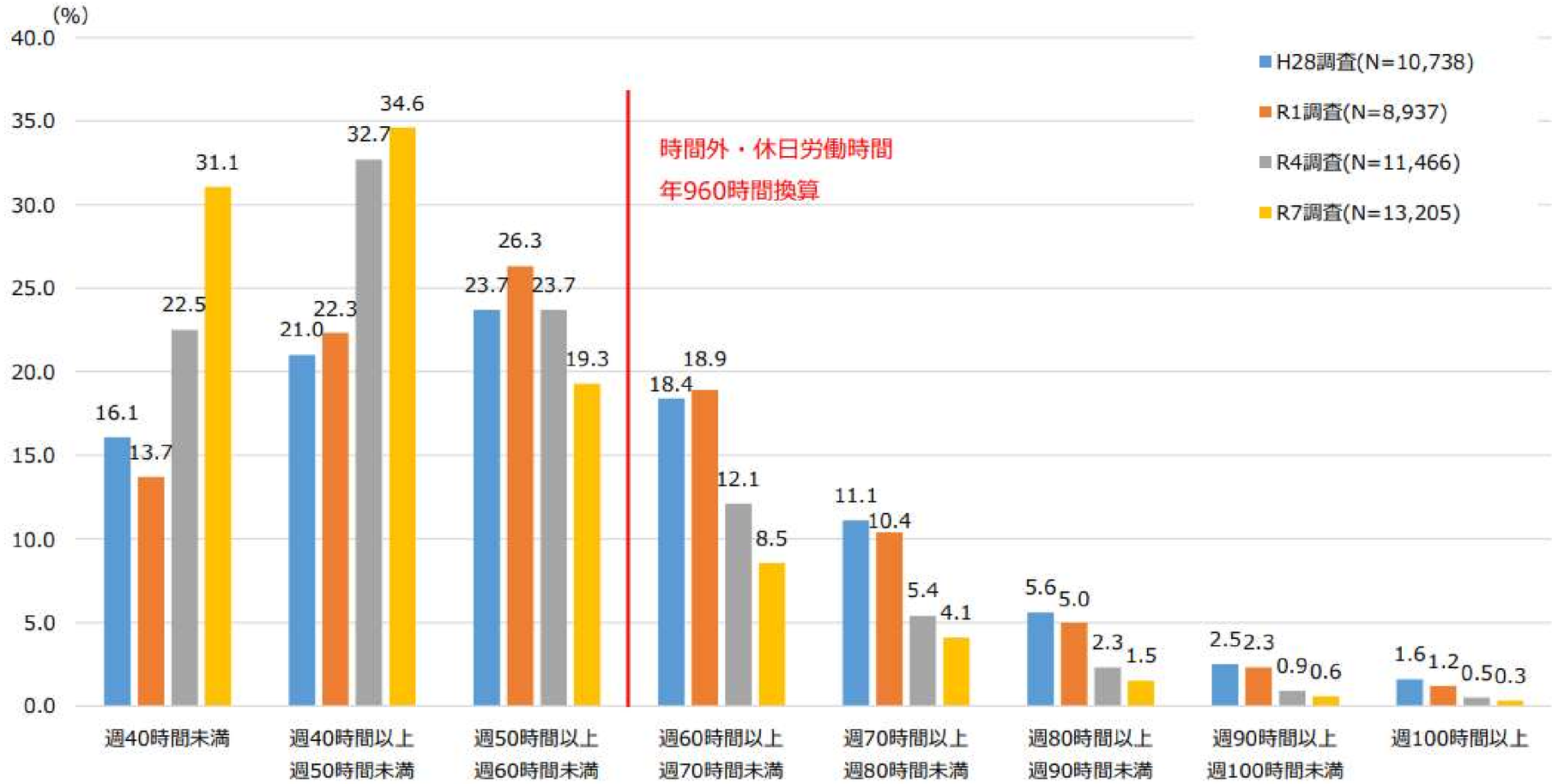
○Ｂ・連携Ｂ水準の上限の特例の廃止を目標

地域医療への影響確認／地域医療提供体制改革（地域医療構想/医師偏在対策）

厚生労働省　2025年7月13日第１回　令和８年度医師の働き方改革の推進等に関する検討会　資料2-3

週労働時間の区分別割合＜病院・常勤勤務医＞

○ 週労働時間区分ごとの病院・常勤勤務医の割合は、週50時間以上の全区分で着実に減少している。
○ 週労働時間が60時間以上（時間外・休日労働;年960時間換算）の病院・常勤勤務医の割合は、39.2%【H28調査】から15.0%【Ｒ7調査】まで減少。



※ 時間外・休日労働時間（年換算）は、（労働時間－40時間）× 48週で算出している。
※ Ｈ28調査の分析対象者は常勤勤務医であり、勤務先を問わない。
※ 労働時間には、兼業先の労働時間を含み、指示無し時間を除外している。
※ Ｒ１調査以降では、宿日直の待機時間は勤務時間に含め、オンコールの待機時間は勤務時間から除外した（勤務時間＝診療時間＋診療外時間＋宿日直の待機時間）。
※ Ｒ１調査以降では、宿日直許可を取得していることがわかっている医療機関に勤務する医師の宿日直中の待機時間を労働時間から除外している。
※ Ｒ１調査ではさらに診療科別、性・年齢・勤務医療機関の構成が、「H30三師統計」の構成と同様になるように調整を行っている。
※ 週労働時間の区分別割合は、小数点第2位で四捨五入している。
※ 各区分の割合は四捨五入しているため、区分別の合計と全体から算出した割合は必ずしも一致しない。

厚生労働省　2025年7月13日第１回　令和８年度医師の働き方改革の推進等に関する検討会　資料2-1

長時間労働が心身の健康に及ぼす影響

身体への影響

心血管障害
脳卒中　等

メンタルヘルスへの影響

バーンアウト
うつ　　等

長時間労働　→→→ 睡眠時間の短縮



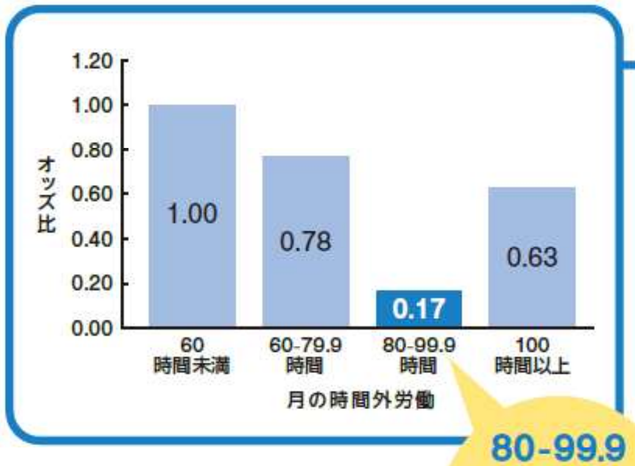
©厚生労働省　医師の働き方改革面接指導実施医師養成ナビ
面接指導実施医師養成講習会第２章より抜粋

時間外労働が長くなるほど、脳深部での出血が多く生じていた

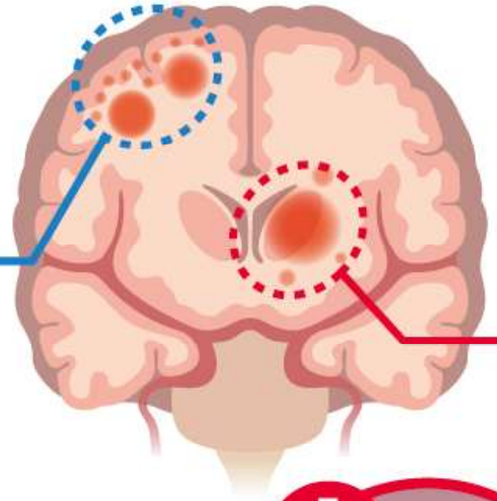
JNIOSH

脳表層近くでの出血

（高血圧とはあまり関係のない要因で出血する部位）

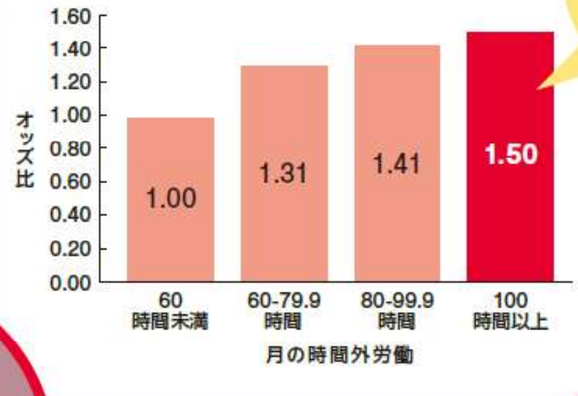


80-99.9時間の場合に有意差が見られた



脳深部での出血

（高血圧が原因で出血しやすい部位）



100時間以上の場合に有意差が見られた





長時間労働

?



脳出血

長時間労働による
脳出血発症の最終トリガーが
高血圧である
ことが示唆された。

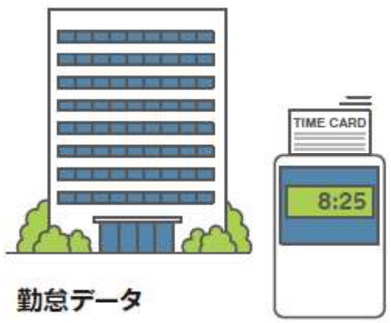


過労死

Yusaku Morita, Toru Yoshikawa, Masaya Takahashi. Long working hours and risk of hypertensive intracerebral haemorrhage among Japanese workers claiming compensation for overwork-related intracerebral haemorrhage: an unmatched case–control study. *BMJ Open* 2023;13:e074465. doi:10.1136/bmjopen-2023-074465

RECORDs

長時間労働は過労死等関連疾患（脳疾患，心疾患，精神障害等）の発症リスクに影響を及ぼす



勤怠データ

対象者：15,143人

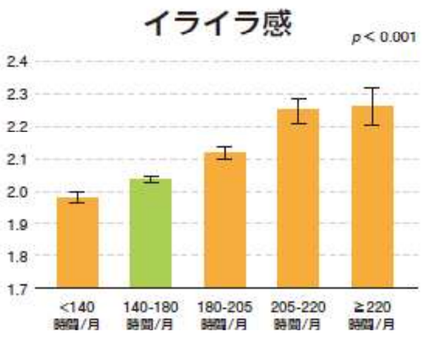
業種 ・不動産業 ・建設業 ・運輸業 ・娯楽業 ・小売り業

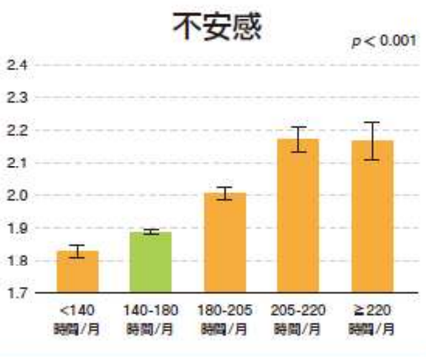


平均労働時間

長時間労働で心理的ストレス反応が高まる

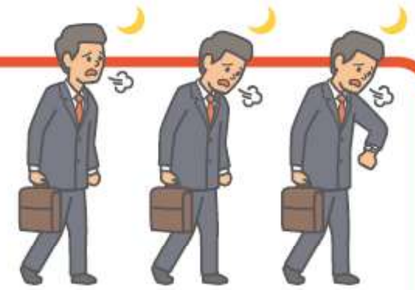




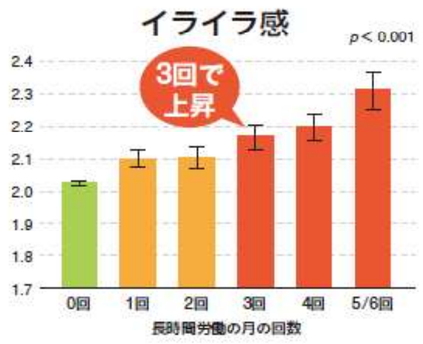


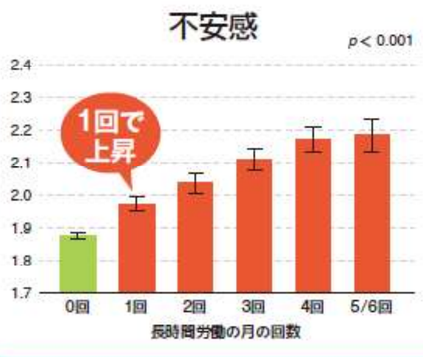
頻度

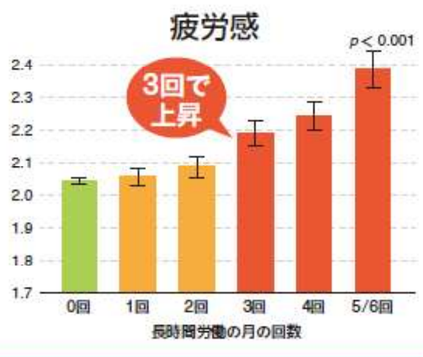
長時間労働でストレス反応が誘因される











長時間労働／月当たりの残業時間45時間以上を定義

Ochiai Y, Takahashi M, Matsuo T, Sasaki T, Sato Y, Fukasawa K, Araki T, Otsuka Y. Characteristics of long working hours and subsequent psychological and physical responses: JNIOSH cohort study.
Occup Environ Med. 2023;80:304–311. doi:10.1136/oemed-2022-108672

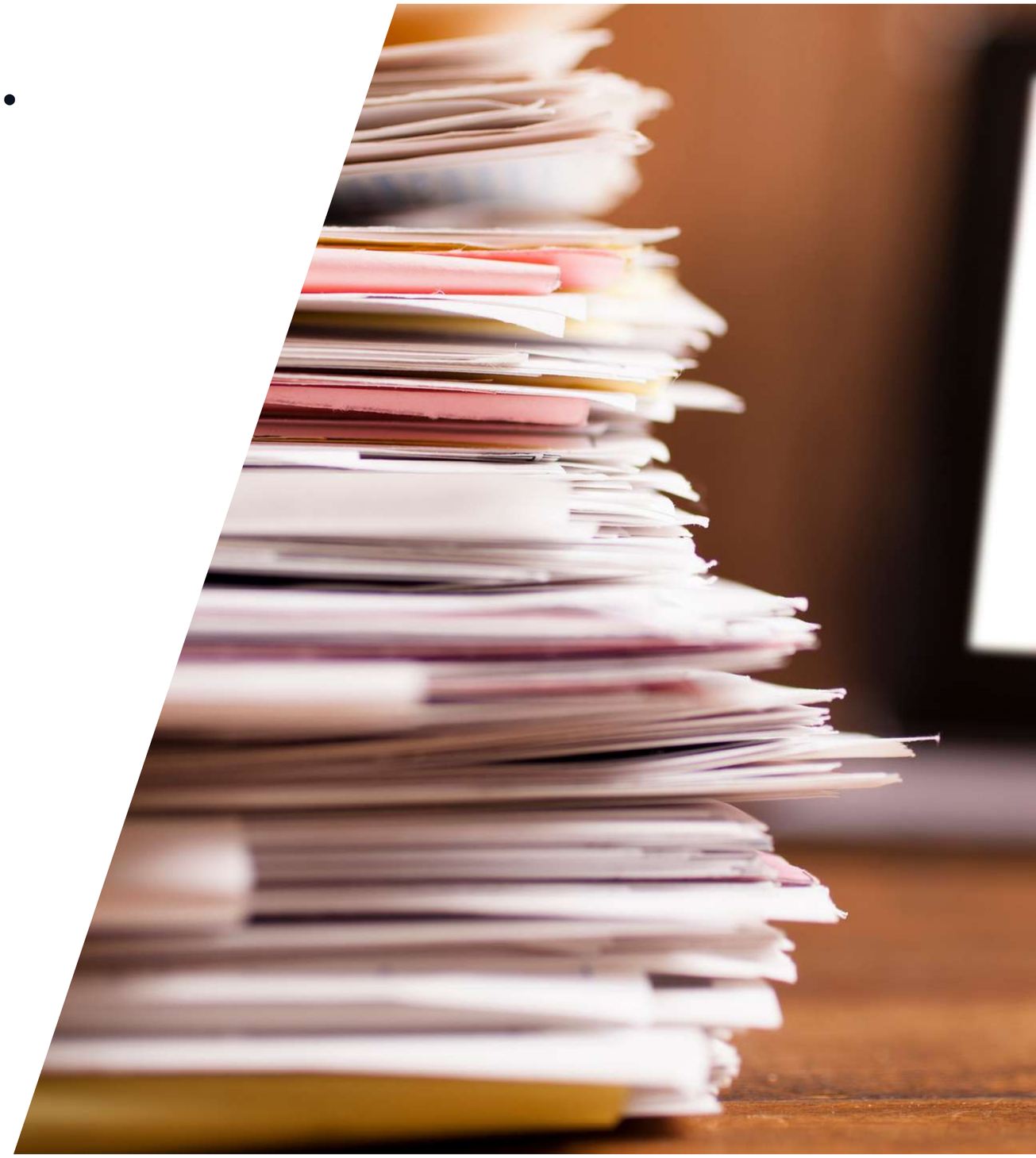
医師は毎日何をしていて、何が労働で何が研鑽なのか？

- 移動時間
- 院内での着替え
- 回診（個人・グループ）
- 処置（放射線検査、内視鏡検査、局所麻酔を用いた病室での処置等）
- 手術（麻酔含む）
- 外来診療・訪問診療
- 救急外来・救急車対応
- 患者・家族説明
- カルテ・診療録作成
- 各種書類作成（同意書・診断書等）
- 検査オーダー・入退院オーダー・クリニカルパス入力
- 周術期・周産期・集中治療における各種生体モニターの監視
- 外来予習
- 退院サマリー作成
- 手術記録作成
- 手術・手技で採取した検体の処理（標本整理）
- 患者関連カンファレンスのための手術・手技動画の編集・資料作成
- 研究業務（論文作成以外）
- 学生または医療者への教育業務
- インターネットを介した症例登録
- 出席が求められている病院または大学運営に関する院内会議（経営戦略会議、教授会、臨床研修管理委員会等）
- 患者関連の院内カンファレンス（術前カンファレンス、入院患者カンファレンス、キャンサーボード等）
- 患者に直接関連しない院内カンファレンス（医局会、業務改善に関する多職種ミーティング等）
- 参加必須の院外関係者とのカンファレンス・院外勉強会
- 参加自由の院外関係者とのカンファレンス・院外勉強会
- 演題発表に必要なスライド・動画・ポスター本体の作成
- 演題発表に必要な抄録作成
- 論文作成業務（本体・図表作成、文献検索等）
- 模型等を用いた手術・手技練習、手術・手技動画の供覧
- 論文作成に関与しない論文・資料の精読、聴講
- 抄読会
- 診療の場以外での指導医との業務や技術修得に関する相談・面談
- 業務に関連する電子メール/郵便物の作成や返信、コミュニケーションアプリでの業務に関連するメッセージ作成
- 同僚（医師・看護師・その他）との会話・相談
- その他（学会参加等）
- プライベートな時間（食事、趣味、家族/友達との時間、SNS等）
- 睡眠・休息

医師が作る書類が多すぎる…
入院診療計画書
診療情報提供書
主治医意見書
サマリー　etc.



やっぱり頼りになるのが
医師事務作業補助者さん

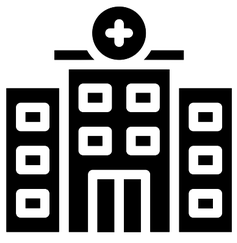


人がいればいいんだが・・・
こんな声をよく耳にします

地方は医療従事者の人手不足
人口減少にもはや対応できない



医師よりも医師以外の職種の不足が
よっぽど深刻な問題だ

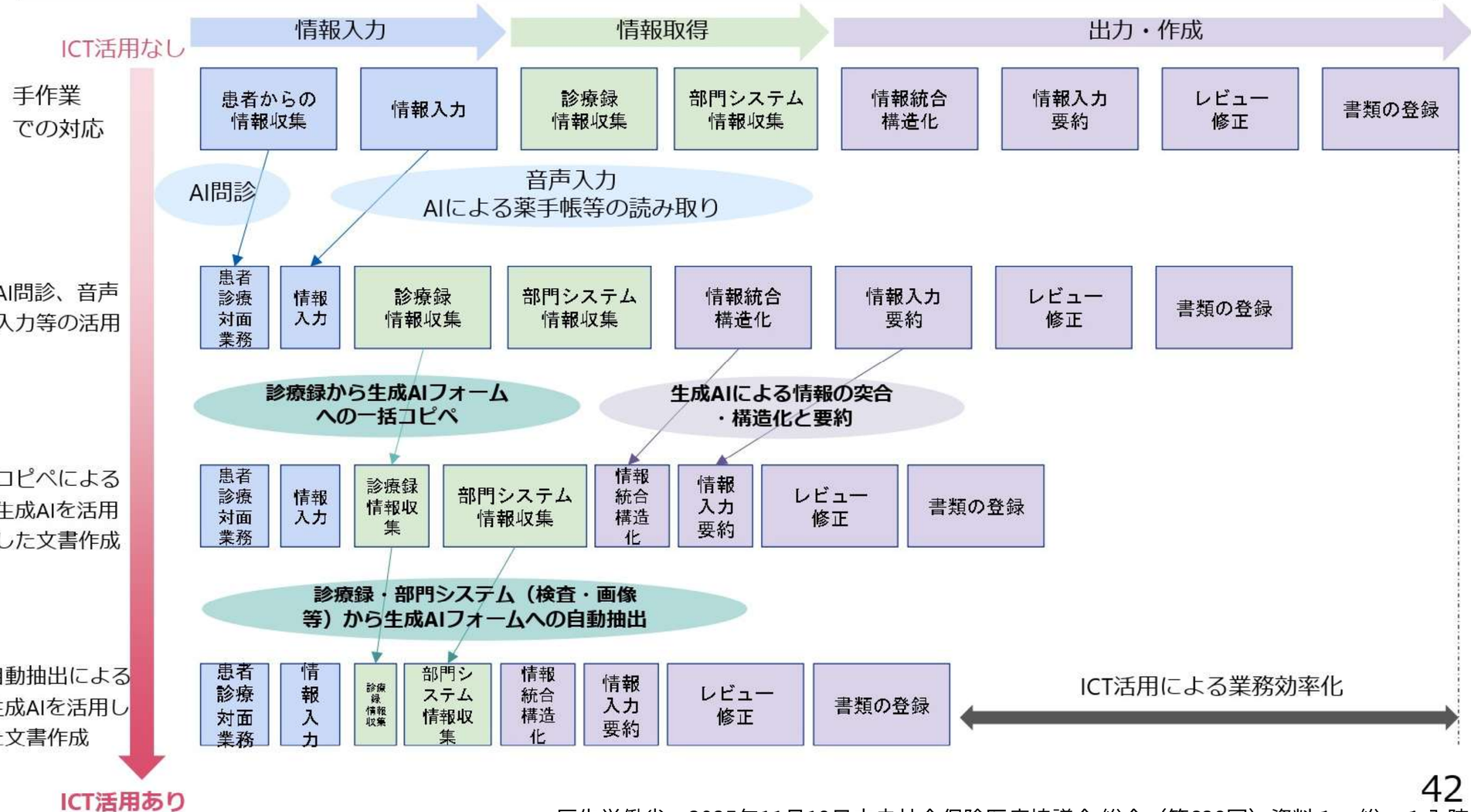


今後は人からモノ・ロボットへの業務移管が可能となるよう、
業務標準化への取り組みが、どの医療機関も求められる

生成AIを活用した文章作成補助システム等の業務効率化のイメージ

診調組　入－１
７．９．１８

○　生成AIによる文章作成補助システムを活用した場合、紹介状や退院サマリーの作成において、診療録からの情報収集、情報突合と構造化、要約といったプロセスが自動化される。



厚生労働省　2025年11月19日中央社会保険医療協議会 総会（第628回）資料１　総ー１入院について（その６）
URL：https://www.mhlw.go.jp/content/10808000/001596967.pdf

医師事務作業補助体制加算の見直し

ICT機器を活用した場合の配置人数の算入方法

➢ 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

【医師事務作業補助体制加算】
［施設基準］
○「ア（①のみ）」＋「イ～エの全て」に該当する場合には、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できる。
○「ア（①は必須　＋　②③④のうち少なくとも1種類以上を広く活用）」＋「イ～エの全て」に該当する場合は、１人を1.3人として配置人数に算入できる。

ア　医師の事務作業に関して、①を含むものを組織的に導入し、医師・医師事務作業補助者が日常的に活用することで、業務効率化が図られていること。
①　生成AIを活用した医療文書等の文書作成補助システム
②　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　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・処置等に関する10種類以上の患者向け説明動画
イ　アの①から④までのうち、電子カルテ等と連動して医療情報を取り扱うものについては、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等（いわゆる３省２ガイドライン）に準拠していること。
ウ　アの①から④までのうち、AI技術を用いる製品・サービスについては、「AI事業者ガイドライン」が遵守されていること。
エ　アの①から④までのうち、導入・活用しているとして届け出たものについて、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。

○上記算入方法により新たに届け出る場合には、直近３月以上の期間、当該算入方法を用いずに、当該配置区分以上の配置区分を引き続き算定していること。
○上記算入方法により届け出る保険医療機関は、医師事務・医師の事務作業時間・負担感等について年１回程度評価・確認し、適宜、適切な対策を講じること。

医師事務業務の明確化

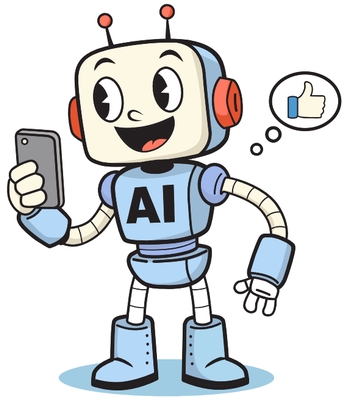
➢ 医師事務業務の実態を踏まえ、医師事務作業補助者が実施可能な業務範囲を明確化する。

現行

［施設基準］
○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、診断書等の文書作成補助、診療記録への代行入力、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、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。

改定後

［施設基準］
○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。



厚生労働省　令和８年度診療報酬改定の概要【全体概要版】URL：https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001666622.pdf

令和８年度診療報酬改定　Ⅰ－２－２　業務の効率化に資するICT、AI、IoT等の利活用の推進－①

ICT等の活用による看護業務効率化の推進

ICT等の活用による看護業務の更なる効率化や負担軽減を推進

- **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**に、病棟の看護職員・看護補助者の数等について**１割以内の範囲の減少である場合は、入院基本料等の基準を満たす**ものとして、**所定点数を算定できる**よう見直す。
- 看護業務において、ICT機器等を活用することで業務の更なる効率化や負担軽減を推進する観点から、**①見守り、②記録、③医療従事者間の情報共有に関して業務効率化に有用なICT機器等を組織的に活用した場合**に、**入院基本料等に規定する看護要員の配置基準を柔軟化**する。

［対象となる入院料を算定する病棟］　急性期一般入院料１～６、急性期病院一般入院料ＡＢ、７対１入院基本料、10対１入院基本料、地域包括医療病棟入院料１・２、小児入院医療管理料１～４
特殊疾患病棟入院料１・２、緩和ケア病棟入院料１・２

［算定要件（概要）］

- 情報通信機器等を用いた看護職員及び看護補助者の業務の効率化について別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす病棟の入院料については、１日に看護を行う看護職員及び看護補助を行う看護補助者の数に関する規定並びに看護師及び准看護師の数に対する看護師の比率に関する規定を満たさない場合であっても、入院料の所定点数を算定する。

［施設基準（概要）］

- 看護及び看護補助業務の効率化等に当たって、当該病棟において、以下の**ICT、AI、IoTの機器等（以下「ICT機器等」という。）を全て導入**しており、当該病棟の看護職員等が広く使用していること。

見守り	記録	医療従事者間の情報共有
• 病室に設置されたカメラ等から送信された映像や病床に設置されたセンサー等の機器 • 看護職員が遠隔で複数の患者の行動・体動・日常生活の状況等を総合的かつ効率的に把握できる （例）見守りカメラ、スマートグラス 	• 音声入力による看護記録の作成や電子カルテの情報からの自動的なサマリーの生成等、看護記録の作成等の効率化に大きく資する機器 （例）スマートフォン、音声入力システム 	• 業務中に手に持たずに複数人と同時に通話できる機器や、病棟の看護職員と病院の医師が携帯しリアルタイムに情報を共有できる端末等、直接対面せずに、多人数の職員間での情報共有を効率的に実施できる機器 （例）インターコミュニケーションシステム　（例）モバイル端末のチャット機能 

- ICT機器等を導入した病棟の看護要員（常勤職員に限る。）の**１人１月当たりの超過勤務時間の状況について、平均10時間以下**であるとともに、非常勤職員を含めて**導入前と比較して増加する傾向にない**こと。
- ICT機器等の導入前後における看護要員の業務内容、**業務量及び業務時間並びに看護要員の事務作業時間及び業務負担等**について、**年１回程度、定量的又は定性的な評価を実施**すること。その結果を病院内の職員に周知するとともに、労働安全衛生法第18条に規定する衛生委員会その他これに準ずる会議体において確認し、**必要に応じて適切な対策を講じる**こと。
- 厚生労働大臣が実施するICT機器等の活用状況や看護業務の改善に係る継続的な取組状況等に関する**随時調査に適切に参加**すること。
- １日当たり勤務する看護要員の数、看護要員の数と入院患者の比率並びに看護職員の数に対する看護師の比率については、基本診療料の施設基準等の第五、第九及び第十に規定する基準に対し、**１割以内の減少**であること。

厚生労働省　令和８年度診療報酬改定の概要【全体概要版】URL：https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001666622.pdf

医療機関の業務効率化・勤務環境改善への支援

趣旨・概要

- 2040年に向けて、医療従事者を安定的に確保し、質が高く効率的な医療提供体制を構築するために、医療機関の業務効率化・勤務環境改善の取組の支援について、以下の制度的対応を行う。
  - ①　今後継続的に支援することができるよう、地域医療介護総合確保基金に、業務効率化・勤務環境改善の取組を支援する新たな事業を設ける。
    （参考）業務のDX化に取り組む多くの医療機関を支援するため、令和７年度補正予算において、200億円を計上。
  - ②　業務効率化・勤務環境改善に積極的・計画的に取り組む病院を厚生労働大臣が認定できる仕組みを設け、認定を受けた病院は特定の表示を行うことができることとする。
  - ③　都道府県の医療勤務環境改善支援センターの体制拡充・機能強化を図り、医療機関の労務管理等の支援に加え、業務効率化に係る助言・指導等も行うよう努める旨を明確化する。
  - ④　医療法上、病院又は診療所の管理者は、勤務環境の改善に加え、業務効率化にも取り組むよう努める旨を明確化する。併せて、健保法上の保険医療機関の責務として、業務効率化・勤務環境改善に取り組むよう努める旨を明確化する。

地域医療介護総合確保基金 対象事業

R8年度当初予算案　647億円
※国負担：医療分　647億円
公費　：医療分　960億円

- Ⅰ-1　地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業
- Ⅰ-2　地域医療構想の達成に向けた病床の機能又は病床数の変更に関する事業
- Ⅱ　居宅等における医療の提供に関する事業
- Ⅲ　介護施設等の設備に関する事業（地域密着型サービス等）
- Ⅳ　医療従事者の確保に関する事業
- Ⅴ　介護従事者の確保に関する事業
- Ⅵ　勤務医の労働時間短縮に向けた体制の整備に関する事業【所要の法改正に伴い見直しを予定】

新区分　業務効率化・勤務環境改善に関する事業【所要の法改正】

【業務のDX化に関する取組例】

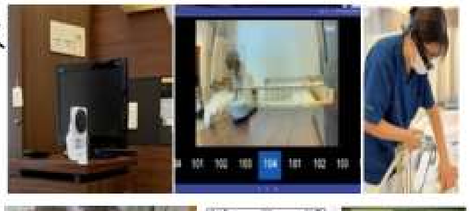
（１）スマートフォンによる情報共有の効率化

チャット機能、ビデオ通話、ファイルの共有などにより、1対１だけでなく、グループでの一斉の情報共有が可能



（２）見守りカメラ・スマートグラスによる見守り業務の効率化

患者の同意のもと、病室にカメラを設置し、看護師が装着しているスマートグラスから病室の状況を確認。



（３）音声入力・バイタルの自動入力・生成AIによる文書自動作成支援



厚生労働省　令和8年３月9日第125回社会保障審議会医療部会　資料１

【 〇生産性向上に対する支援】

施策名：エ　医療分野における生産性向上に対する支援

※医療・介護等支援 パッケージ

令和7年度補正予算案　200億円

医政局医療経営支援課
（内線2640）

①　施策の目的

業務効率化・職場環境改善に資する取組を支援し、医療分野の生産性向上を図り、医療人材の確保・定着に繋げる。

②　対策の柱との関係

Ⅰ			Ⅱ					Ⅲ	
1	2	3	1	2	3	4	5	1	2
	○								

③　施策の概要

業務効率化・職場環境改善に関する目標値を設定し、進捗管理を行う「業務効率化推進委員会（仮称）」を設置し、業務効率化・職場環境改善に資するICT機器等の導入等の取組を行う病院に対して必要経費を支援し、医療分野の生産性向上を図る。

総事業費：１病院あたり１億円（うち交付額（上限）は8,000万円【負担割合：国2/3、都道府県1/3】）

【生産性向上に資する取組のイメージ】

〇 ICT機器の導入による業務の効率化

・スマートフォンによるカルテ閲覧・情報共有、インカム、IWB等の導入　⇒　DX化による情報伝達の効率化

〇 取組を行う病院への医療勤務環境改善センターによるサポート体制強化

④　施策のスキーム図、実施要件（対象、補助率等）等



Ⅰ　医療機関は都道府県に交付申請し、都道府県は国に所要額を交付申請
Ⅱ　国は都道府県を通じて医療機関に所要額を交付決定（補助率4/5）し、都道府県が医療機関に交付
Ⅲ　医療機関は都道府県に実績報告（概ね3年後）
Ⅳ　都道府県が国に実績報告を行い、国は交付額を確定して都道府県に通知

⑤　施策の実施スケジュール

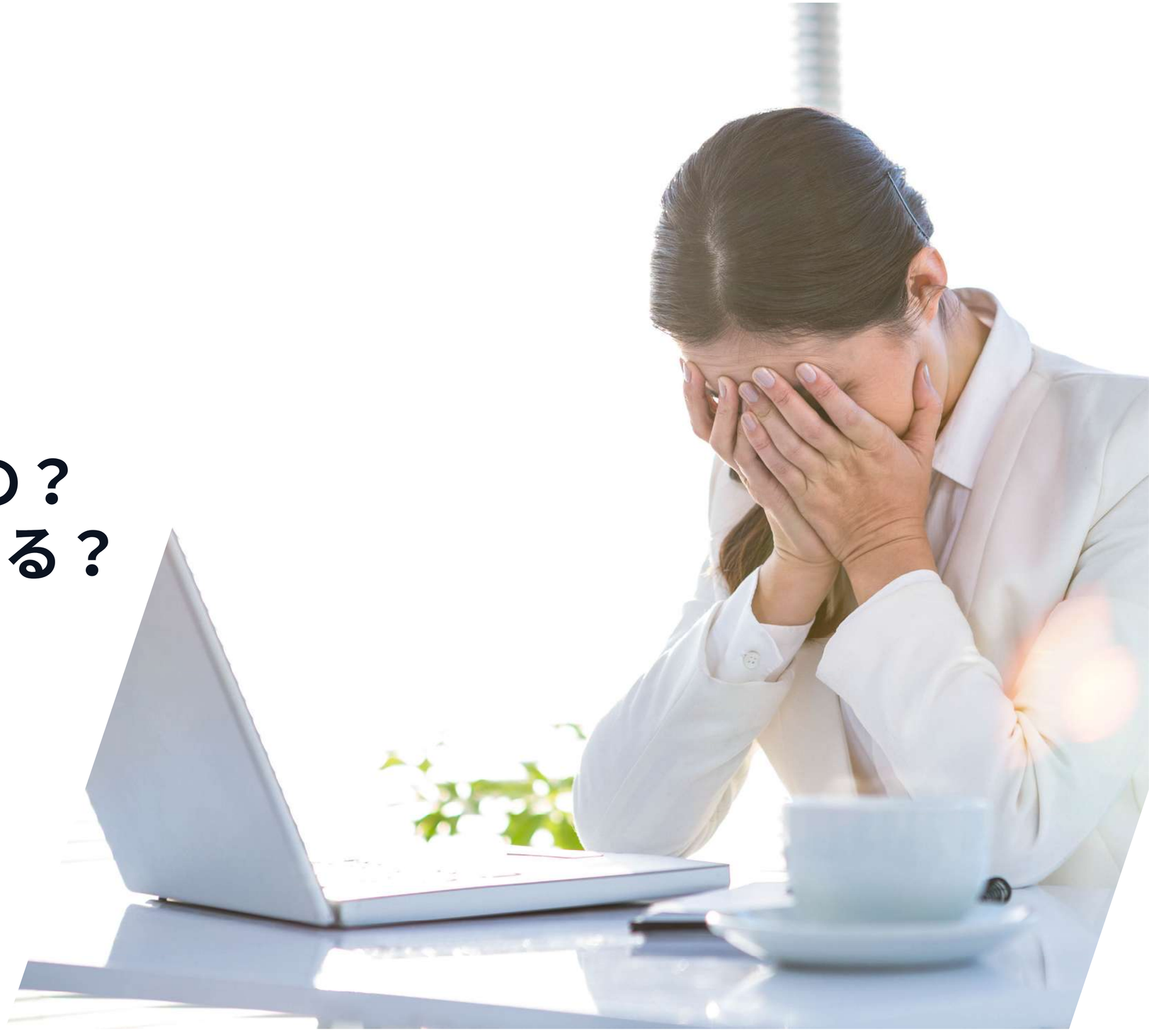
予算成立後、速やかに実施

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）

業務効率化・職場環境改善に取り組む病院への財政支援を行うことで、職場内の生産性向上を図り、医療人材の確保・定着に繋げ、地域に必要な医療提供体制を確保する。

厚生労働省　2025年12月8日社会保障審議会医療部会資料３　令和7年度補正予算案について（報告）
URL：https://www.mhlw.go.jp/content/10801000/001606326.pdf

働き方改革か…
何から始めたらいいの？
医療DXはうちでもできる？



地方・中小病院だからこそできる
働き方改革「明日からの改善」



52床の地域病院における副院長の挑戦:

- 2025年4月に演者が藤川病院（佐賀市）副院長へ就任
- 大病院のような巨大なIT予算や豊富な人員がない中での「現実的な働き方改革」

「大変だけどそういうもの」という思考停止からの脱却:

- 医療現場に蔓延する「従来型の慣習」や固定観念を全員で見直す
- 現場職員自身が日常業務に潜む小さな「不便・負担」に気づく目を養う

「明日からできる改善」を積み重ねる哲学:

- 一足飛びの巨大な変革ではなく、翌日からノーリスクで試せる小さな試行錯誤
- トップダウンの一方的な押し付けを廃し、職員自らが自律的に動く文化の醸成

LINE WORKS®による
「情報の民主化」と非同期共有

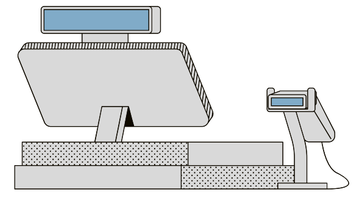
非同期・リアルタイムのフラットな情報共有プラットフォーム:

- 全職員（多職種・事務含む）がアクセスしやすい「LINE WORKS」を導入
- 患者情報のタイムスタンプ付き共有により、安全かつ瞬時なチーム医療を実践
- 「すれ違いによる電話の掛け合い」をゼロに
- 「何を言っていたか忘れた」をなくす

アプリケーション連携を活用した勤怠管理への応用（今後の展望）:

- 勤務調整（シフト・希望休）の透明化
- スマホから希望休の申請や突発的な勤務調整がチャット上で完結
- 管理者の調整コストを削減し、スタッフのプライベート予定との両立を支援

POSレジ・キャッシュレス決済がもたらす「受付の解放」



日常の「小さな負担」を最も強く受ける、医療事務への着目:

- 働き方改革の対象は医師・看護師だけでない（事務職員も大切なチームの仲間）
- 小銭の計算、現金管理による精神的プレッシャーと時間の無駄を見直す

POSレジおよび多様なキャッシュレス決済の導入:

- 会計窓口業務をシステム化し、ミスのないスピーディな会計を実現
- 患者側の「会計待ち時間」を劇的に短縮し、来院満足度を向上

夕方の「締め作業」における残業時間の大幅削減:

- 手作業で行っていたレジ締め・現預金照合がボタン一つで瞬時に完了
- 事務職員の終業時間が早まり、定時帰宅やより丁寧な患者対面業務（付加価値）へ時間を充当

今後の展望：特定の職員に負担を集中させない「夜間・勤怠」のターゲット化

「夜間の見守り」業務に対する、テクノロジーを駆使した効率化:

- 少人数の夜勤帯で、看護師に肉体的・精神的な最大負担がかかる「患者見守り・転倒防止」
- 患者の同意に基づき、病室に「見守りカメラ」、ベッドに「起き上がりセンサー」などを段階的に導入
- カメラから病室の映像・バイタルサインをその場で確認し、訪室頻度と緊急度判断を効率化

デジタル打刻システムの導入による労務の効率化・可視化:

- 紙によるアナログな出退勤管理から、スマホを併用したデジタル打刻へ移行
- 医師も含めた全職員の「客観的な実労働時間」をボタン一つで可視化
- 「特定の時間帯」「特定の人」にシフトや残業負荷が偏っているのを、管理者がダッシュボードで一目で検知
- 労務管理者の残業計算の大幅負担減

医師の働き方改革の制度はこれからどうなるのか？

年1860時間という
時間外・休日労働の上限は
3年ごとに見直しを行う予定

→次の見直しは**2027年度**

→2035年度末には
B・連携B水準は終了の予定
C水準は残る見込み



医療機関の勤務環境改善だけでは実現は困難

Chapter　2

2040年に向けた新たな地域医療構想



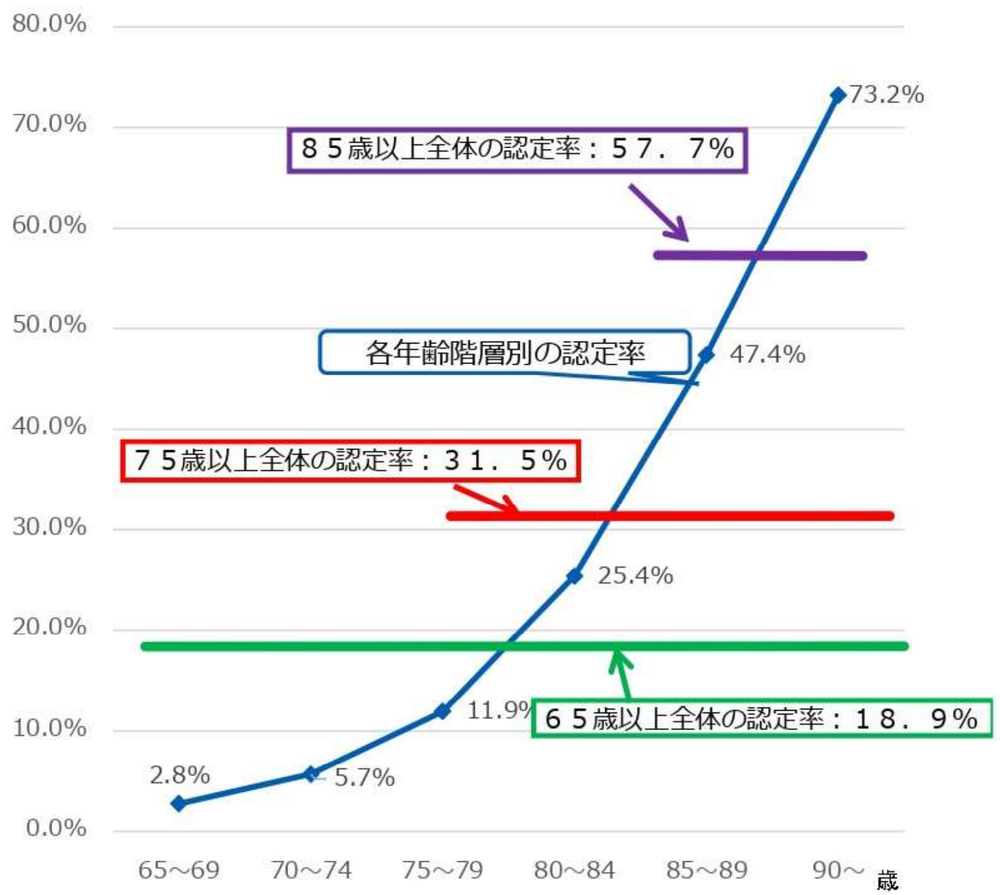
令和６年３月29日新たな地域医療構想等に関する検討会資料

医療需要の変化④　医療と介護の複合ニーズが一層高まる

令和４年３月４日　第７回第８次医療計画等に関する検討会　資料１（一部改）

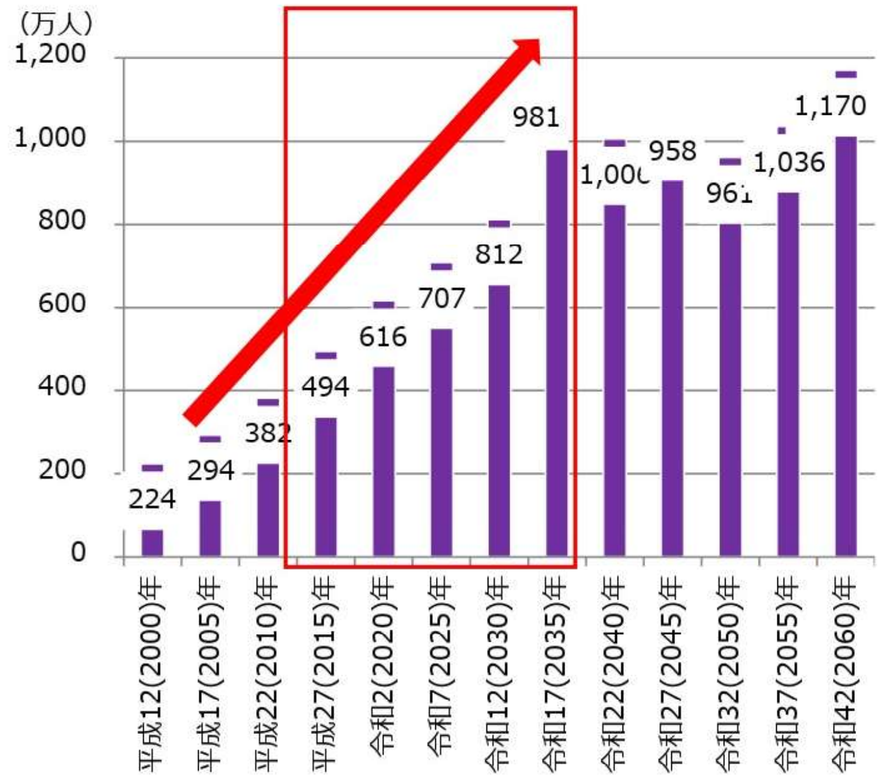
○　要介護認定率は、年齢が上がるにつれ上昇し、特に、85歳以上で上昇する。
○　2025年度以降、後期高齢者の増加は緩やかとなるが、85歳以上の人口は、2040年に向けて、引き続き増加が見込まれており、医療と介護の複合ニーズを持つ者が一層多くなることが見込まれる。

年齢階級別の要介護認定率



出典：2022年９月末認定者数（介護保険事業状況報告）及び2022年10月１日人口（総務省統計局人口推計）から作成

85歳以上の人口の推移



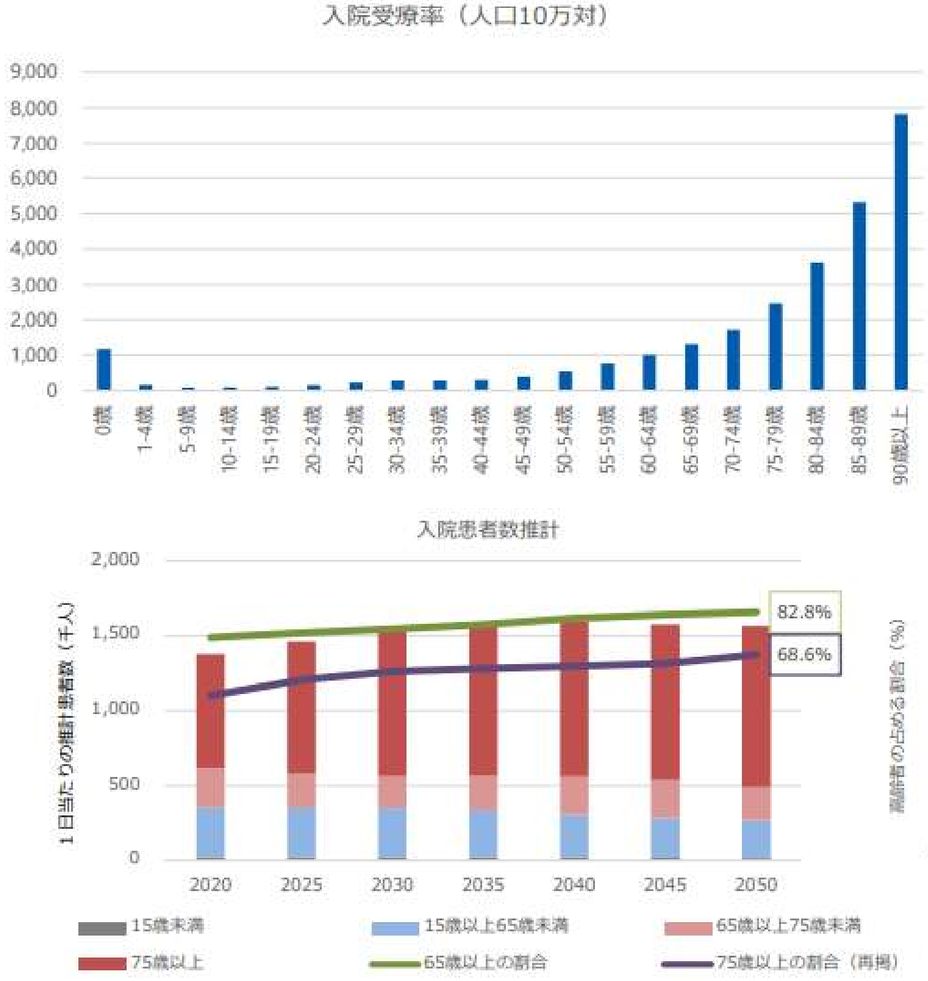
（資料）将来推計は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」
（令和５(2023)年４月推計）出生中位（死亡中位）推計
2020年までの実績は、総務省統計局「国勢調査」（年齢不詳人口を按分補正した人口）

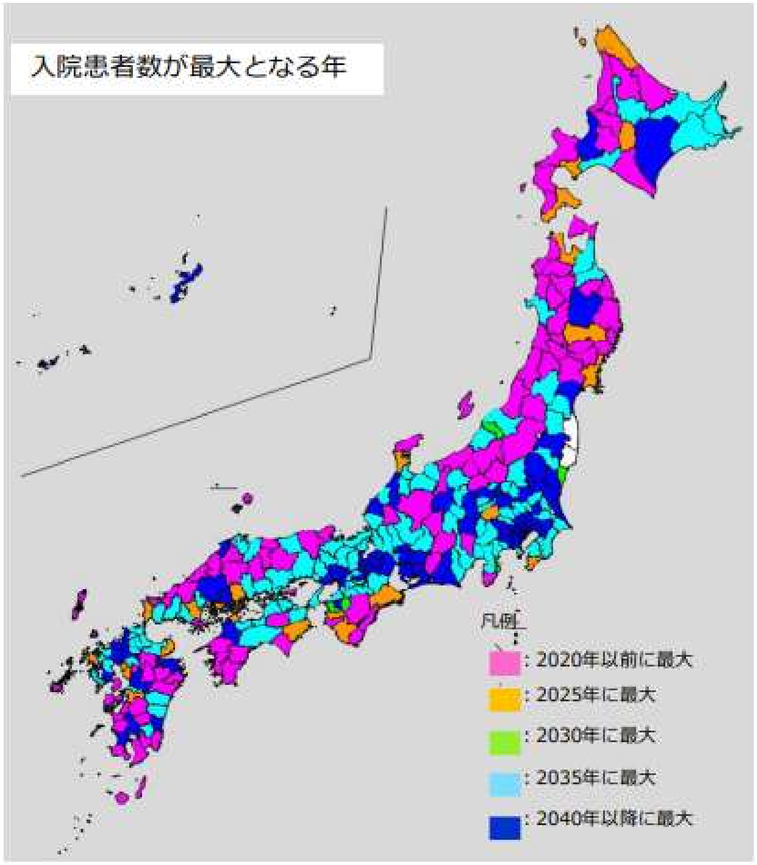
厚生労働省 第6回新たな地域医療構想に関する検討会　資料１より抜粋

医療需要の変化①　入院患者数は、全体としては増加傾向にある

令和４年３月４日　第７回第８次医療計画等に関する検討会　資料１（一部改）

○　全国での入院患者数は2040年にピークを迎えることが見込まれる。 65歳以上が占める割合は継続的に上昇し、 2050年には約8割となることが見込まれる。
○　２次医療圏によって入院患者数が最大となる年は様々であるが、既に2020年までに98の医療圏が、また2035年までには236の医療圏がピークを迎えることが見込まれる。





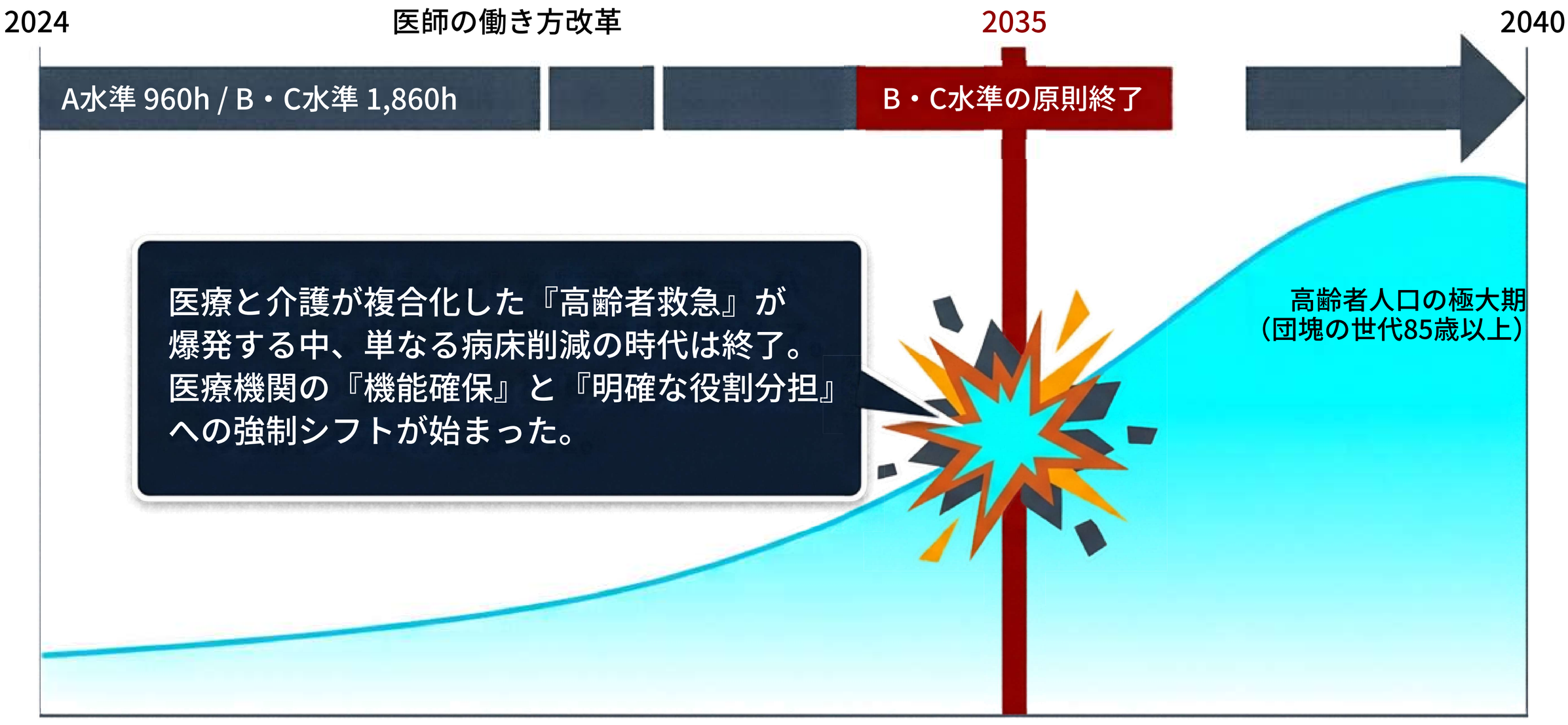
出典：厚生労働省「患者調査」（2017年）、総務省「住民基本台帳人口」（2018年）、「人口推計」（2017年）及び国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（2023年推計）」を基に厚生労働省医政局地域医療計画課において推計。

※ 二次医療圏の患者数は、当該二次医療圏が属する都道府県の受療率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。

※ 福島県は相双、いわきの２医療圏を含む浜通り地域が一体として人口推計が行われているため、地域別の推計を行うに当たっては、これらの２地域を除く333の二次医療圏について集計。

厚生労働省 第１回新たな地域医療構想等に関する検討会（2024年）　資料2より抜粋

2040年の極大期と医師の働き方改革の「衝突」



2040年の医療提供体制を見据えた改革

2040年に向けて新たな課題に対応するため、**Ⅰ.地域医療構想の実現に向けた取組、Ⅱ.医療従事者の働き方改革、Ⅲ.医師偏在対策を推進**し、総合的な医療提供体制改革を実施

Ⅰ.医療施設の最適配置の実現と連携

（地域医療構想の実現：2025年まで）

「新たな地域医療構想」として2040年を目途とした施策の取りまとめが行われた。

① 全ての公立・公的医療機関等における具体的対応方針の合意形成
② 具体的対応方針の検証と地域医療構想の実現に向けた更なる取組

一体的に推進

Ⅱ.医師・医療従事者の働き方改革

（医師の時間外労働に対する上限規制：2024年～）

① 医療機関における労働時間管理の適正化とマネジメント改革
② 上手な医療のかかり方に向けた普及・啓発と患者・家族への支援

Ⅲ.実効性のある医師偏在対策

（偏在是正の目標年：2036年）

① 地域及び診療科の医師偏在対策
② 総合診療専門医の確保等のプライマリ・ケアへの対応

厚生労働省　第75回社会保障審議会医療部会（2020年）　資料１より抜粋

2040年頃に向けた医療提供体制の総合的な改革

※「●」は法律事項

2040年頃を見据えた新たな地域医療構想

- ● 入院医療だけではなく、外来・在宅医療、介護との連携、人材確保等を含めた地域の医療提供体制全体の課題解決を図る新たな地域医療構想の策定
- ・ 病床の機能区分（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）について「回復期機能」を「包括期機能」として位置付け
- ● 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、専門等機能、医育及び広域診療機能）の報告制度の創設
- ・ 二次医療圏を基本とした地域での協議のほか、都道府県単位での協議、在宅医療等のより狭い区域での協議を実施
- ・ 新たな構想の取組を推進するための総合確保基金の見直し
- ● 都道府県知事の権限（医療機関機能報告の創設に伴う必要な機能の確保、基準病床数と必要病床数の整合性の確保等）
- ● 厚労大臣の責務明確化（データ分析･共有、研修等の支援策）
- ● 新たな地域医療構想に精神医療を位置付ける

医療DXの推進

- ● 電子カルテ情報共有サービスの構築・普及、次の感染症危機に備えた電子カルテ情報の利用等
- ● マイナ保険証１枚で医療費助成を受けられる仕組みの整備等
- ● 公的DBの利用促進などの医療等情報の二次利用の推進
- ● 社会保険診療報酬支払基金を、医療DXに係るシステム開発・運用主体として抜本的に改組　等

オンライン診療の推進

- ● オンライン診療の法定化・基準の明示
- ● オンライン診療受診施設の設置者による届出　等

その他、下記の措置を行う

・一般社団法人立医療機関に対する非営利性の徹底

- ● 持ち分なし医療法人への移行計画の認定期限の延長（※）　等

医師偏在対策

＜医師確保計画の実効性の確保＞

- ● 「重点医師偏在対策支援区域」の設定
- ・ 「医師偏在是正プラン」の策定

＜地域の医療機関の支え合いの仕組み＞

・医師少数区域等での勤務経験を求める管理者要件の対象医療機関の公的医療機関等への拡大等

- ● 外来医師過多区域における、新規開業希望者への地域で不足する医療や医師不足地域での医療の提供の要請・勧告・公表と、保険医療機関の指定(６年から３年等への短縮)を連携して運用
- ● 保険医療機関の管理者要件

＜経済的インセンティブ等＞

- ● 重点医師偏在対策支援区域における支援を実施
  - ➢ 診療所の承継・開業・地域定着支援
  - ➢ 派遣医師･従事医師への手当増額
    →保険者から広く負担を求め、給付費の中で一体的に捉える
  - ➢ 医師の勤務･生活環境改善、派遣元医療機関への支援
  - ※ 医師偏在への配慮を図る観点から、診療報酬の対応をさらに検討
- ・ 全国的なマッチング機能の支援
- ・ 医師養成過程を通じた取組

美容医療への対応

- ● 美容医療を行う医療機関等の報告・公表の仕組みの導入
  (報告事項)
  - ➢ 安全管理措置の実施状況/専門医資格の有無/相談窓口の設置状況等
- ・ 関係学会によるガイドライン策定　　等

（※）現行の期限（令和８年12月31日）から更に３年延長。
本制度に係る税制優遇措置の延長については、令和８年度税制改正要望を行う。

厚生労働省 第115回社会保障審議会医療部会（2025年） 資料１より抜粋

国策の核心：病床の「目詰まり」を強制解消する

高度急性期/急性期

地域包括期/回復期

在宅・介護施設



高コスト・高負担。
専門的治療への人員・症例集約が必要。

受け皿不足による患者の滞留。

地域全体で患者を支える
ネットワークへの排出が急務。

急性期病床の高コストと医師の疲弊を救うには、この「目詰まり」を解消し、
在宅へのシームレスな転院調整を機能させるしかない。

地域医療構想及び医療計画等に関する検討会とりまとめ（地域医療構想策定ガイドライン骨子）の概要

地域医療構想が目指す方向性

・85歳以上の高齢者の増加や人口減少が更に進む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よう、住民を含め地域の関係者の理解を得ながら医療提供体制を構築する

入院医療

持続可能な急性期医療の確保

- 医療機関機能を踏まえ、急性期の医療需要や、手術や救急搬送における医療機関ごとの役割分担等について地域ごとに協議

高齢者救急の受入体制の整備

- 救急の実施基準において、高齢者救急の考え方を位置付け
- 入院早期からのリハビリテーション等の提供の推進

外来・在宅医療

外来医療提供体制の維持

- 診療所の減少が進む中、地域の病院を中心に提供体制を構築
- へき地や診療所の数が限られている地域等において、D to P with Nを含むオンライン診療の活用を推進

在宅医療の受け皿の整備

- 在宅医療、介護施設、療養病床を一体的に捉え受け皿を整備
- 医歯薬連携の推進
- D to P with Nを含むオンライン診療等による効率化や病院による実施体制の強化、介護施設などの在宅医療以外の資源により受け皿を整備

介護との連携

医療と介護のニーズを有する者への対応の推進

- 地域医療構想における市町村と介護関係者の役割を明確化
- 慢性期の医療需要について、在宅医療等とあわせた体制整備
- 医療と介護の相互理解の推進

人材確保

地域における医療人材の確保

- 都道府県単位で、大学病院本院から急性期拠点機能を中心とした、地域医療構想全体を踏まえた人的協力のあり方について協議
- 看護師等の将来の人材確保の方向性を反映

構想区域の見直し

医療機関の連携・再編・集約化など医療提供体制構築のための議論の単位や、必要病床数の運用が可能となる単位等を踏まえ、人口20万人以上を基本としつつ、地域の実情を踏まえ柔軟に設定

医療機関機能の新設

医療機関機能の確保の協議を通じて将来の提供体制の確保の取組を推進

急性期拠点機能

- 構想区域毎に、人口20万～30万に１つを目安に確保
- 手術等の急性期医療を集約して提供
- 新興感染症等への対応
- 地域の人口や医療需要等を踏まえた病床のダウンサイジング

在宅医療等連携機能

- 地域での在宅医療の提供
- 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実施

高齢者救急・地域急性期機能

- 誤嚥性肺炎等の高齢者救急を受入
- 高齢者を中心に入院早期からのリハビリテーションを提供
- 大都市等においては頻度の多い手術を提供

専門等機能

- 集中的なリハビリ、中長期にわたる入院医療、有床診療所の担う地域に根ざした診療、一部の診療科に特化し地域ニーズに応じた診療を提供

医育及び広域診療機能（大学病院本院）

- 都道府県と連携した人的協力
- 症例数が少ない医療などの広域な観点での診療
- 地域で多様な症例に対応する人材の育成

病床機能報告・必要病床数の見直し

これまでの地域医療構想の取組に加え、病床機能について回復期を包括期とするとともに、必要病床数について新たな地域医療構想の取組を踏まえた推計を実施し、病床機能の分化・連携を推進

※令和８年３月19日地域医療構想及び医療計画等に関する検討会とりまとめより作成
※なお、精神医療における地域医療構想のガイドラインの策定に向けて、 2026年度（令和８年度）中を目途に結論を得るべく、検討を進める

厚生労働省　令和8年３月26日第126回社会保障審議会医療部会　資料１

令和８年１月16日 地域医療構想及び医療計画等に関する検討会資料

病床機能報告における報告の目安（案）

各入院料の要件や期待される役割等を踏まえ、以下のように整理してはどうか。

機能区分	機能の内容	目安となる入院料
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	・救命救急入院料 ・特定集中治療室管理料 ・ハイケアユニット入院医療管理料 ・脳卒中ケアユニット入院医療管理料 ・小児特定集中治療室管理料 ・新生児特定集中治療室管理料 ・新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料 ・総合周産期特定集中治療室管理料 ・新生児治療回復室入院医療管理料 ・一類感染症患者入院医療管理料
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	・急性期一般入院料１～６ ・特定機能病院入院基本料（7:1、10:1） ・専門病院入院基本料（7:1、10:1） ・小児入院医療管理料１～３
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）	・地域一般入院料１～３ ・専門病院入院基本料（13:1） ・有床診療所入院基本料１、４ ・地域包括医療病棟入院料 ・小児入院医療管理料４、５ ・回復期リハビリテーション病棟入院料・入院医療管理料 ・地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料 ・特定一般病棟入院料 ・特定機能病院リハビリテーション病棟入院料
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	・療養病棟入院料１～２ ・障害者施設等入院基本料（7:1～15:1） ・有床診療所入院基本料２、３、５、６ ・有床診療所療養病床入院基本料 ・特殊疾患入院医療管理料 ・特殊疾患病棟入院料 ・緩和ケア病棟入院料

※　診療報酬改定に伴い入院料等が変更された場合は適宜見直しを行う。

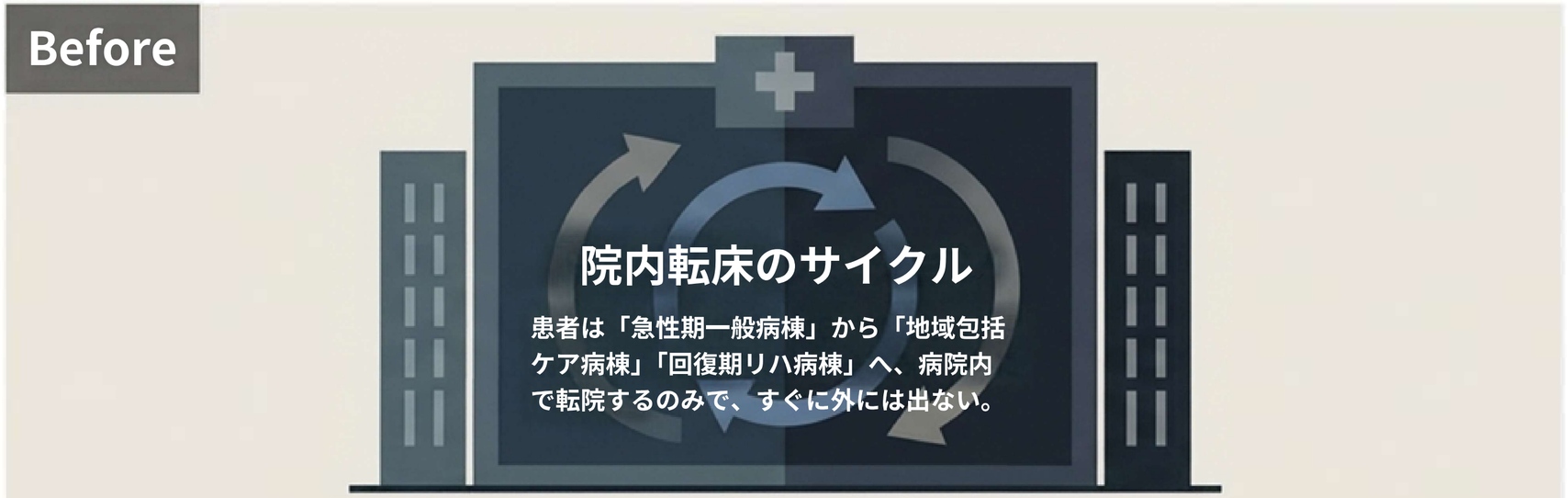
厚生労働省　第12回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会　資料１より抜粋

Chapter　3

令和8年度診療報酬改定
～高齢者救急を担う医療機関～



令和8年度改定：院内連携から「真の地域ハブ」への転換





医療DXの本格組み込み



紙やFAXの紹介状は過去のものへ。



電子カルテ情報共有サービスの導入評価。



退院時共同指導におかけるオンライン(ビデオ通話)要件の緩和。

重症度・看護必要度の厳格化と「地域包括医療病棟（地メディ病棟）」という生存ルート



「必要度判定に追われ疲弊する看護師」
「不自然な入院継続の誘惑」

無理な急性期維持ではなく、実態に即した
「高齢者急性期」への転換 (逃げ道)が用意された。

地域包括医療病棟入院料の見直し

地域包括医療病棟入院料の評価の見直し

- 地域包括医療病棟において診療を担うことが期待される誤嚥性肺炎や尿路感染症の**医療資源投入量**その他の特徴を踏まえ、**入院形態（予定入院／緊急入院）や手術の実施状況に応じて患者により異なる入院料を設定**する。
- 包括期の病棟のみで患者の診療を行う場合の救急受入等の負担を考慮し、**急性期病棟の併設がない場合について更に評価**する。

現行

【地域包括医療病棟入院料】
地域包括医療病棟入院料（１日につき）　3,050点

［算定要件］
注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る病棟に入院している患者について、所定点数を算定する。ただし、90日を超えて入院するものについては、区分番号Ａ１００に掲げる一般病棟入院基本料の地域一般入院料３の例により、算定する。

改定後

【地域包括医療病棟入院料】
地域包括医療病棟入院料（１日につき）
１　地域包括医療病棟入院料１
　イ　入院料１　3,367点
　ロ　入院料２　3,267点
　ハ　入院料３　3,117点
２　地域包括医療病棟入院料２
　イ　入院料１　3,316点
　ロ　入院料２　3,216点
　ハ　入院料３　3,066点

［算定要件］
○　同一病院内の**Ａ１００一般病棟入院基本料算定病棟の有無**に応じて、医療機関ごとに以下のいずれかを届け出る。
　地域包括医療病棟入院料１：Ａ１００算定病棟**なし**
　地域包括医療病棟入院料２：Ａ１００算定病棟**あり**

○　入院料１～３については、**患者の入院形態及び治療予定**に応じて、以下のいずれかを算定する。
　入院料１：**緊急入院**で、主傷病に対して**手術を行わない**もの
　入院料２：入院料１にも３にも該当しないもの
　入院料３：**予定入院**で、主傷病に対して**手術を行う**もの

※手術：医科点数表の第二章第十部第一節に掲げるものに限る。

厚生労働省　令和８年度診療報酬改定の概要【全体概要版】URL：https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001666622.pdf

地域包括医療病棟入院料の見直し

地域包括医療病棟の施設基準の見直し

➢ **高齢者の中等症までの救急疾患等の幅広い受入を推進**する観点から、高齢者の生理学的特徴や頻度の高い疾患の特徴を踏まえ、**平均在院日数**、**ADL低下割合**及び**重症度、医療・看護必要度の基準**を見直す。

	改定前 （変更のない項目は記載を省略）	**改定後** ★経過措置あり	
看護職員の配置		10対１（７割以上が看護師）	
多職種の配置		常勤のPT, OT, STが専従で１名、専任で１名 常勤の管理栄養士が専任で１名	
重症度、医療・看護必要度の基準	以下のいずれかを満たす A３点以上、A２点以上かつ B３点以上、C１点以上	以下のいずれかを満たす **A２点以上、C１点以上**	
重症度、医療・看護必要度	必要度Ⅰ　16% 必要度Ⅱ　15%	**基準該当患者割合に係る指数**（※）として 必要度Ⅰ　**19%** 必要度Ⅱ　**18%**　※該当患者割合＋**救急搬送応需係数**	
初日のB項目が３点以上の患者の割合		５割以上	
平均在院日数	21日	**20日を原則として、85歳以上の患者の割合が２割を増すごとに＋1日** （85歳以上が２割以上なら21日、４割以上なら22日、６割以上なら23日）	
在宅復帰率		80%以上	
ADLが低下した患者の割合	５%未満	**７%未満**（85歳以上の患者の割合が２割未満の場合には５%）	
同一医療機関の一般病棟からの転棟		５%未満	
救急搬送後の患者の割合		15%以上	
届出・併設等不可	急性期充実体制加算１又は２ 特定機能病院 専門病院入院基本料	地域包括医療病棟１	地域包括医療病棟２
		急性期総合体制加算★ **一般病棟入院基本料** 特定機能病院、専門病院入院基本料	**急性期総合体制加算**★ **急性期病院A, B入院料**★ 特定機能病院、専門病院入院基本料
点数	3,050点	**3,117～3,367点**	**3,066～3,316点**

厚生労働省　令和８年度診療報酬改定の概要【全体概要版】URL：https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001666622.pdf

現状維持か戦略か。時代と地域に合う”急性期”医療とは？

	維持：急性期一般1（7:1）	戦略的ダウンゾーニング： 地域包括医療病棟（10:1）
対象患者像	超急性期・高難度手術必須	高齢者救急・複合的ニーズ
看護師の 労働環境	必要度入力の過度な負担、夜勤疲弊	採用ハードルの低下、夜勤負担の大幅緩和
経営リスク	分母分子パズルによる 不適切な介入リスク	高い基本料と高齢者ニーズの 合致による安定
結論	患者集め・スタッフ集め 資金集めに疲弊	人口減少と 働き方改革時代の 「攻めの機能転換戦略」

Chapter　4

令和8年度診療報酬改定
～外科医療の集約化～

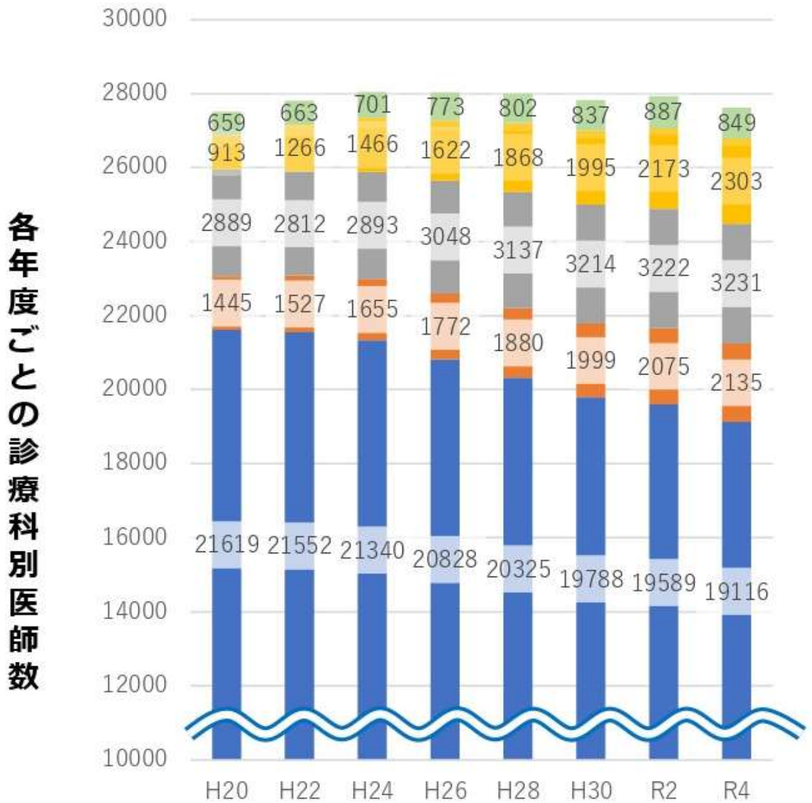


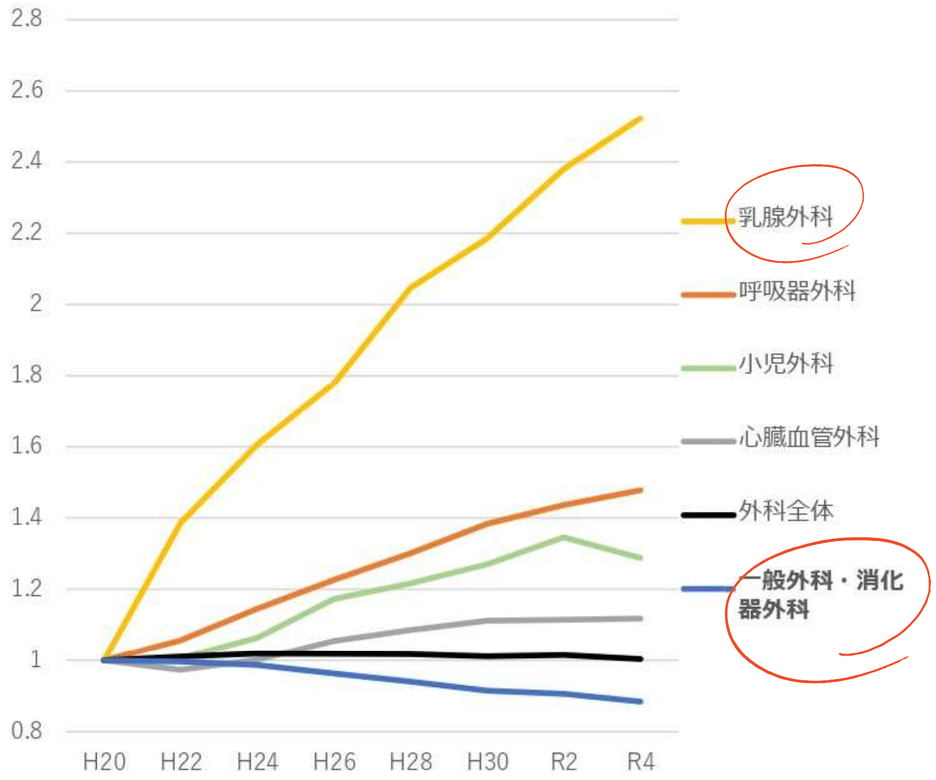
外科の医師数の推移

診調組　入－１
７．７．３１改

○　外科の医師数の推移の内訳を見てみると、一般外科・消化器外科以外の全ての診療科で増加傾向にある一方で、一般外科・消化器外科は一貫して減少している。

主に外科に従事する医師の推移（左：医師数、右：平成20年を１とした場合の比率）





※一般外科・・外科、気管食道外科、肛門外科

出典：医師・歯科医師・薬剤師調査、統計

厚生労働省　2025年11月19日中央社会保険医療協議会 総会（第628回）資料１　総ー１入院について（その６）
URL：https://www.mhlw.go.jp/content/10808000/001596967.pdf

外科医の勤務環境改善に取り組めば、医局員の数は増える

平日日中主治医制
夜間休日チーム制

執刀医交代制

給与アップための加算取得

富山大教授に着任「このままではダメだ」痛感◆Vol.4

執刀医交代しても手術の質は落ちず

インタビュー　2026年2月9日 (月)配信 小川洋輔（m3.com編集部）

ニュースメールを登録する

前の記事
27 決めるのは若手医師、医局運営も治療方針も◆Vol.3

次の記事
29 「本当に手術が上手い」教授も驚く医局員の成長◆Vol.5

「医局員を幸せに」を掲げ、執刀医交代制の導入や給与アップなどに取り組んできた富山大消化器・腫瘍・総合外科（第二外科）の藤井努教授。着任時に抱いた危機感や外科医の勤務環境の改善へ向けた思いを聞いた。（2025年12月21日にインタビュー）



――働き方改革や待遇改善に取り組むきっかけは。

お世話になっていた他大学の教授の勧めで教授選へ挑戦したことをきっかけに、2017年4月に名古屋大から富山大に着任した。実はそれまで外科医が減っているという実感を持っていなかった。時代の変化だとか、女性医師の増加とか言われていても、なんだかんだ名古屋大には毎年十数人の入局者がやって来る。

外科医としての最終到達地点は執刀ではない。執刀が上手いだけでは半人前で、前立ちが上手い外科医が一人前だ。

https://www.m3.com/news/open/iryoishin/1315312

医師の働き方改革及び診療科偏在対策の推進①

地域医療体制確保加算の見直し

- 若手の医師数が減少しており、かつ、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・処遇改善を行うとともに、研修体制を整えている医療機関を新たに評価する。
- 特定地域医療提供医師及び連携型特定地域医療提供医師の、時間外・休日労働時間の上限に係る基準を見直す。

現行

【地域医療体制確保加算】
・地域医療体制確保加算　620点
（新設）

［施設基準］
1　地域医療体制確保加算の施設基準
当該保険医療機関に勤務する対象医師の１年間の時間外・休日労働時間が、原則として、次のとおりであること。
ア　令和６年度においては、1,785時間以下
イ　令和７年度においては、1,710時間以下
（新設）

改定後

【地域医療体制確保加算】
1　地域医療体制確保加算1　620点
2　地域医療体制確保加算2　720点

［施設基準］
1　地域医療体制確保加算1の施設基準
当該保険医療機関に勤務する対象医師の１年間の時間外・休日労働時間が、原則として、次のとおりであること。
ア　令和8年度においては、1,635時間以下
イ　令和9年度においては、1,560時間以下

2　地域医療体制確保加算２の施設基準
・特定機能病院入院基本料又は急性期総合体制加算を届け出ていること。
・若手医師数が減少傾向にある、消化器外科、心臓血管外科、小児外科及び循環器内科のうち、地域でも医師の確保が特に必要な診療科を３つ以内で特定（以下「特定診療科」という）し、以下の特別な配慮を行っていること。
　ア　手術・高度な医療に関する機能分化・集約について、地域の他の保険医療機関と協議していること。
　イ　専門研修等を地域の他の保険医療機関と連携して行う等、医師の育成を図るための取組を実施していること。
　ウ　特定診療科の医師の給与体系に、他の診療科の医師とは異なる特別な配慮を行っていること。
・特定診療科において、交代勤務制又はチーム制による勤務環境改善の取組とともに、以下のいずれかの取組を実施していること。
　ア　医師事務作業補助体制加算における医師事務作業補助者が、全ての特定診療科の病棟又は外来に配置されていること。
　イ　各特定診療科の術前術後の管理等に携わる看護職員について、特定診療科に係る適切な研修を修了した者がいること。

厚生労働省　令和８年度診療報酬改定の概要【全体概要版】URL：https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001666622.pdf

地域医療体制確保加算2（720点）

過酷な診療科医師への配慮と集約化による医療提供の効率化の促進



自己完結型の限界



地域全体での機能分化・集約

施設基準

- ☑ 救急搬送年間2,000件以上
- ☑ 連続勤務時間制限・勤務間インターバルの実施
- ☑ 【最重要】他病院との定例的な連携協議の推進(手術・高度な医療の機能分化・集約について)

医師の働き方改革及び診療科偏在対策の推進②

外科医療確保特別加算の新設

➢ 地域の基幹的な医療機関において、高度手術を実施する体制を整備し、外科医の勤務環境の改善を図った上で、当該手術を実施した場合の加算を新設する。

（新）　外科医療確保特別加算　（１回につき）

［算定要件］

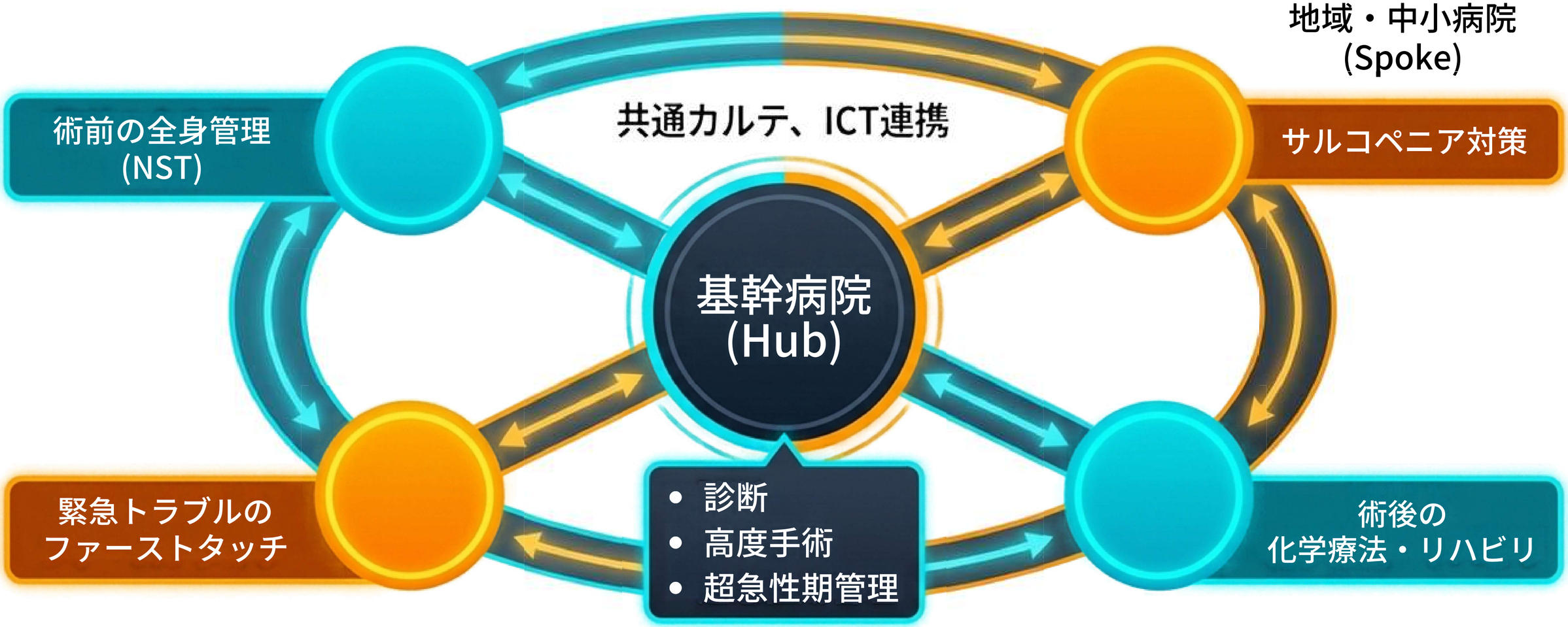
別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、**長時間かつ高難度な手術を実施した場合であって、対象診療科の医師が、当該手術を行ったとき**は、外科医療確保特別加算として、**当該手術の所定点数の100分の15に相当する点数を加算**する。

［施設基準］

（１）外科医療確保特別加算を算定する診療科を届け出ていること。
（２）**特定機能病院入院基本料又は急性期総合体制加算を届け出ている**こと。
（３）医科点数表第２章第10部に掲げる**長時間かつ高難度な手術を合わせて年間200例以上実施している**こと。
（４）当該加算を算定する全ての診療科において、以下の全てを実施していること。
　ア　**当該診療科の経験を５年以上有する常勤の医師が６名以上配置**されていること。
　イ　**チーム制**又は**交代勤務制**を導入していること。
　ウ　当該診療科に配置されている常勤の医師については、特定対象医師（B水準、連携B水準又はC水準が適用される医師）であるかどうかにかかわらず、特定対象医師に対するものと同様の**勤務間インターバル及び代償休息を確保すること**。また、宿日直勤務中の労働について、宿日直勤務後の休息時間を確保するよう配慮していること。
（５）他の保険医療機関との連携体制について、次のいずれにも該当していること。
　ア　地域の**他の保険医療機関と、対象手術の実施体制及び術後フォローアップの体制等について、事前に協議を行っている**こと。
　イ　当該保険医療機関及び当該他の保険医療機関において、**対象手術の実施体制及び術後のフォローアップ体制等に係る協議内容について、公表するとともに、当該患者に説明している**こと。
（６）外科医療確保特別加算を算定する診療科の**専門研修体制が整備**されていること。
（７）**外科医療確保特別加算を算定する診療科は、地域医療体制確保加算２において処遇等に係る配慮を行っている診療科（特定診療科）である**こと。
（８）当該診療科の医師が行った対象手術件数に応じ、休日・時間外・深夜手当、当直手当等とは別に、**当該加算額の100分の30以上に相当する手当を当該診療科の医師に支給**（その８割以上を常勤医師に支給）しており、全ての医師に周知していること。

厚生労働省　令和８年度診療報酬改定の概要【全体概要版】URL：https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001666622.pdf

手術室の外で価値を生む「ハブ＆スポーク型」地域外科連携



「大手術ができる病院」という看板から、「手術の前後に寄り添い、地域を支えきる病院」へのブランド転換。
集約化は自院の外科医療の消滅ではなく、役割の再定義である。

Chapter　5

地域における医療介護連携
～地域包括ケアの実現に向けて～



令和８年度診療報酬改定

2040年とその先を見据えた地域包括ケアシステムの深化・推進

○　入院分野では、在宅・介護施設からの緊急入院の受け入れ、円滑な入退院の実現、高齢者で必要となるリハビリテーション・栄養管理・口腔管理の充実など見直しを実施。
○　在宅医療・訪問看護分野においては、平時からのICTを用いた情報連携に関する評価の見直し等を行うとともに、重症患者や住まいの特性に合わせて評価の見直しを実施。



急性期医療を担う病院

緊急性・専門性が高い救急患者等

救急患者連携搬送料

地域連携し「下り搬送」を活用する場合の評価を充実
- 民間救急の活用、受入側評価等



包括期医療を担う病院

包括期入院医療

在宅患者・施設入所者の後方支援や円滑な入退院支援を推進
- 包括期充実体制加算の新設
- 緊急入院の入院料や初期加算を引上げ
- 入退院支援加算１の充実
- 介護支援等連携指導料２の新設
- 出来高算定可能範囲を拡大
  ー退院前訪問指導料（回リハ）
  ー退院時共同指導料２等（地ケア）
- 退院直後の訪問栄養食事指導料の新設

慢性期入院医療

より医療の必要性が高い患者の受入を推進
- 悪性腫瘍以外の緩和ケアを受ける患者や重症の医療的ケア児を医療区分２・３に追加
- 一部の医療区分２の処置等を重複して行う患者の評価引上げ

在宅療養支援診療所・病院

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
- 重症患者への対応等、地域で積極的な役割を担う医療機関の評価を充実
- 往診時医療情報連携加算の算定可能な範囲を拡大
- 在支診／在支病の要件に、業務継続計画（BCP）の策定及び定期見直しを追加
- 医薬品適正処方に向けた医師／薬剤師同時訪問の評価
- 要介護度の低い患者等に一律月２回訪問管理を行う医療機関の評価を適正化



在支診・在支病



自宅・高齢者住まい・居住系介護サービス



慢性期医療を担う病院

訪問看護ステーション

高齢者向け住まい等併設型訪問看護の適切な評価と重症者への対応等を評価
- 同一建物居住利用者数と訪問日数に応じたきめ細やかな見直しと１日あたり包括評価体系の新設
- ICTを活用した地域連携の評価を新設
- 地域で連携し精神障害にも対応する訪問看護STに係る評価を新設



訪問看護ステーション

終末期・緩和ケア医療の充実
- 緩和ケア病棟において末期腎不全患者の受入を可能とする
- 入院／外来／在宅緩和ケア管理に係る評価の対象患者に、末期腎不全・呼吸不全を追加

厚生労働省　令和８年度診療報酬改定の概要【全体概要版】URL：https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001666622.pdf

ミクロの実践：52床の当院の「持たざる者」の機動力戦略

ゼロ予算

圧倒的な人手不足

高額なIT投資不可能

「大変だけど、
医療現場はそういうもの」
という固定観念

圧倒的な機動力

「コミュカ」による
地域ネットワーク

意思決定の速さと
フットワーク

「規模の小ささを言い訳にせず、最大の武器に変える。
トップダウンとボトムアップが
数時間で結びつくのが中小民間病院の強み。」

「5分以内ファーストリプライ」が最強のブランドになる

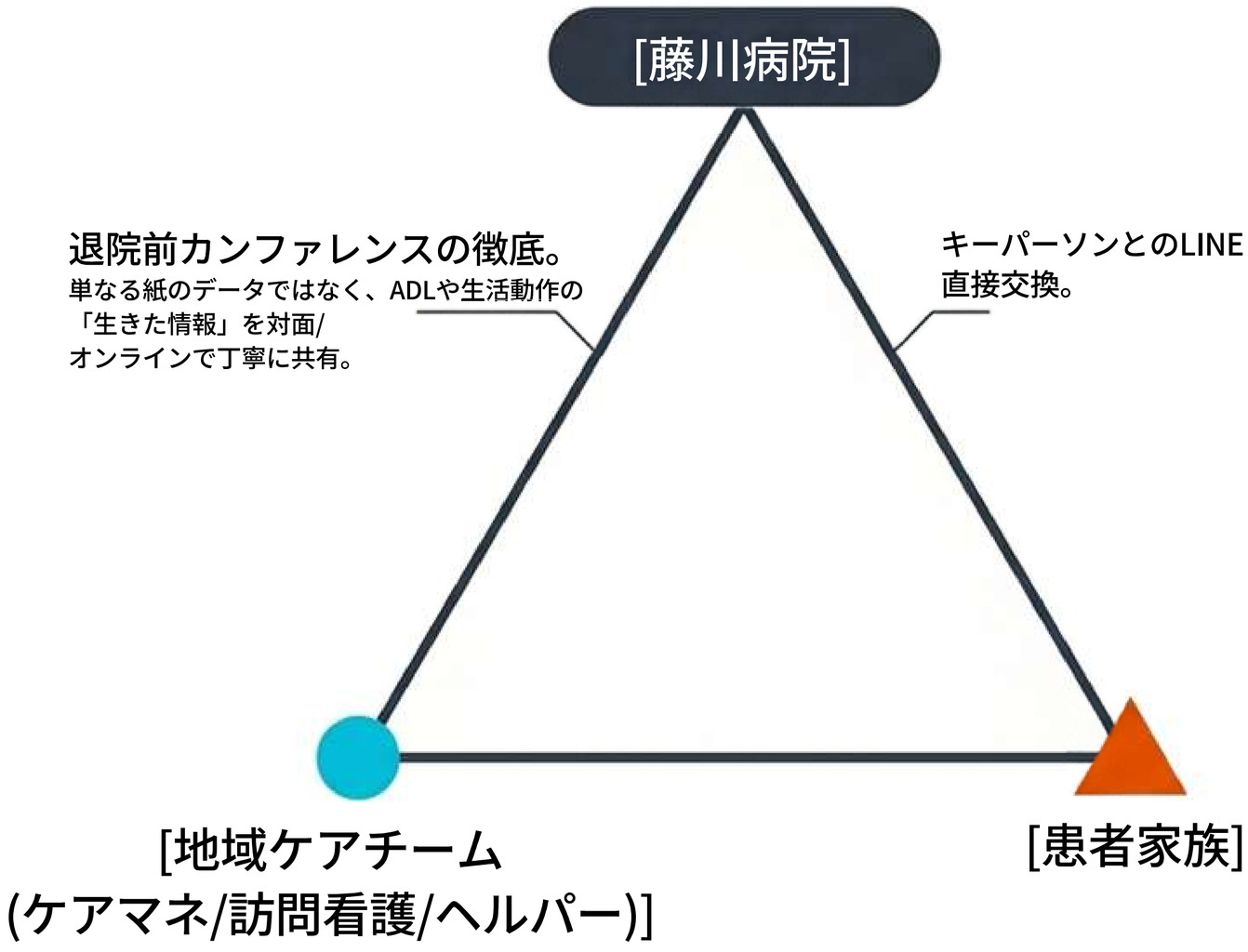
ぐずぐずと遅れる

従来のアナログ連携	ケアマネ	電話 (つながらない)	FAX	連携室	医師確認	数日後に返答

LINE WORKS連携	ケアマネ/施設	[24時間受付チャットグループ]	5分以内の即答 (爆速レスポンス)	院内スマホで医師・MSWが同時意思決定

「藤川病院に連絡すれば、次のアクションがすぐ決まる。」
高額なインフラがなくても、コミュニケーションカのスピード化だけで
地域のファーストチョイスとしての地位は確立できる。

顔の見える退院支援と
「家族・ケアマネ直結チャット」がもたらす圧倒的安心感





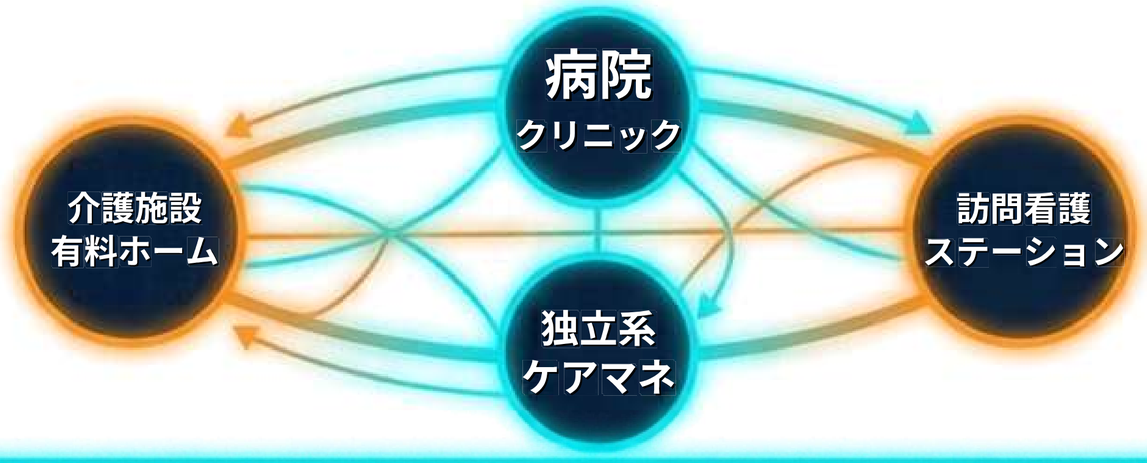
垂直統合（囲い込み）のリスクと水平ネットワークの俊敏性

自前主義



リスク：莫大な初期投資、
慢性的な人材不足での
共倒れ

コミュニケーションカ が創る地域ネットワーク



メリット：所有せず、
最強のパートナーと
瞬時に繋がる

「優秀な事業所（ケアマネ・施設）が地域にあるなら、自前で持たなくてもよい。
コミュニケーションカで強固に繋がれば、自前主義の何倍もの機動力を得られる。」

まとめ

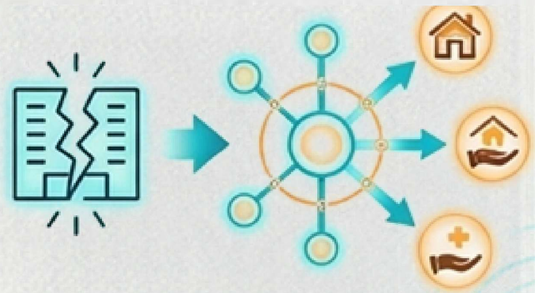
2040年を見据えた
病院の役割・機能分化のために…



2040年に向けた次世代の医療は現場から創る

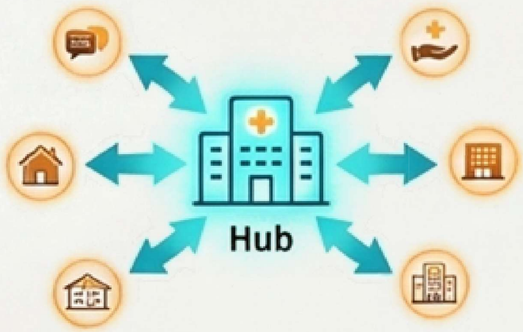
1 実態に即した機能転換

- 令和8年度改定の本質。
  形骸化した7:1看護であれば
  思い切って
  地域の高齢者救急と在宅復帰
  のハブへ進化する。



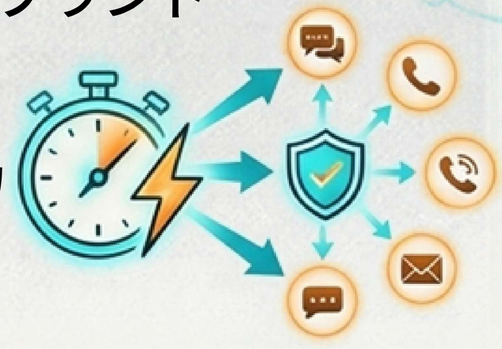
2 ハブ&スポークへの順応

- 起急性期は潔く大病院へ委託
  し、手術前後のケアと流動性
  を担保する。



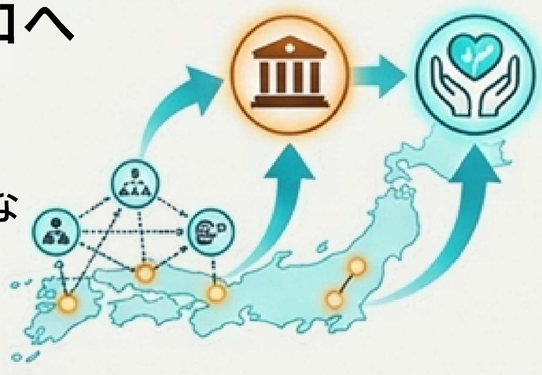
3 スピードという最強ブランド

- 経営資源のなさを言い訳にしない。
  「即レス」コミュニケーション力
  で地域での存在感をUp。



4 ミクロからマクロへ

- 現場の泥臭い実践データを
  国や学会に届け、持続可能な
  地域医療を創り上げる。



**明日からできる小さな改革が、
2040年を生き抜く最大の生存戦略となる**

Gemini
Notebook