

週刊WEB

医療経営

MAGA
ZINE

Vol.907 2026.2.17

医療情報ヘッドライン

**一般社団法人立の医療機関にも
毎年度 事業報告書等の提出を義務化**

▶厚生労働省 社保審部会

**訪日外国人医療費未払いの報告基準
20万円から1万円以上に引き下げへ**

▶厚生労働省

週刊 医療情報

2026年2月13日号

**病床転換助成事業の対象を
一般病床全てに拡大**

経営TOPICS

統計調査資料

**最近の医療費の動向／概算医療費
(令和7年度8月号)**

経営情報レポート

**賃上げ・機能分化・DXの3つの柱
令和8年度診療報酬改定の基本方針**

経営データベース

ジャンル: リスクマネジメント > サブジャンル: 医療事故調査制度

**医療事故再発防止への提言
医療事故発生時の対応**

発行: 税理士法人ブレインパートナー

本誌掲載記事の無断転載を禁じます。

医療情報
ヘッドライン
①

一般社団法人立の医療機関にも 毎年度 事業報告書等の提出を義務化

厚生労働省 社会保障審議会医療部会

厚生労働省は1月26日に社会保障審議会医療部会を開催。医療法施行令を改正し、一般社団法人が開設する医療機関に対しても、毎会計年度ごとに事業報告書、貸借対照表、損益計算書を都道府県知事へ提出することを義務付ける方針を示した。

本制度は2026年度事業分から施行され、実際の届出は2027年度以降に必要となる。

■一般社団法人立の医療機関数

2008年から2023年に251%の大幅増加

医療機関の開設形態の一つであり、営利を目的としない活動を行うこととして設立される一般社団法人の場合、開設にあたり都道府県知事の認可が不要で、登記のみで完結するため、医療法人と比べて簡便な設立が可能となっている。

運営上の違いをみると、医療法人は定款変更にその都度認可が必要であるほか、毎年の都道府県への事業報告や経営状況の報告が義務付けられているが、現時点で一般社団法人には都道府県の関与があるわけでない。また、医療法人で行える事業は本来の医療業務や付帯・付随業務に限定されるほか、代表理事は原則、医師または歯科医師でなければならないが、一般社団法人においてそのような規定はなく、比較的柔軟な運営が可能だといえる。

設立のしやすさや経営の自由度の高さから、昨今、一般社団法人を開設する医療機関が増加しており、今回の部会では医療機関数の推移に関するデータが提示された。

厚労省の医療施設（動態）調査では2023年の医療機関全体は17万9,834施設で、2008年と比較すると102%だった。それ

に対し、医政局が都道府県に対して実施した調査では、一般社団法人等が開設する医療機関数は2023年に783施設となり、2009年と比較すると251%と大幅に伸びている。

2024年11月の同部会で示された都府県からの回答では、医療法人立ではなく社団法人・一般社団法人立とした理由・目的について「医療法人の付帯業務の範囲外の福祉や研究などの事業を行う」「経営破綻した医療法人の事業承継」といった内容だった。

また、都府県が認識した一般社団法人立の課題は「開設後の一般社団法人に対する、定款、役員、資産等についての行政の監督機能が及ばないことから、事業報告書等の届出等を求めることが必要」「特に、美容医療での開設が増加傾向にある」との回答があがった。

■医療法人の場合も踏まえた

標準様式作成を検討

一般社団法人立の医療機関には、都道府県において設立を認可した上で事業や経営実態を定期的に確認する仕組みがないことなどから、同部会では「非営利性の観点で疑義が生じている」と問題提起。「医療法人と同程度の確認が可能となるよう、開設時などにおいて新たに各種事項の届出を求めるべき」「自治体に対して、非営利性の確認のポイントを示すべき」といった意見が上がったことから、今回の対応に至った。

施行にあたって厚労省は、医療法人の場合も踏まえた標準様式の作成を検討することとしている。提出する損益計算書については、医業に関する事業収益・事業費用の区分経理を求める方針だ。

医療情報
ヘッドライン
②

訪日外国人医療費未払いの報告基準 20万円から1万円以上に引き下げへ

厚生労働省

厚生労働省は2月4日に各都道府県衛生主管部（局）に対し「訪日外国人受診者医療費未払情報報告システムに係る運用変更について」の事務連絡を発出。1月23日に閣議決定された「外国人の受入れ・秩序ある共生のための総合的対応策」で、医療費の不払いがある訪日外国人に対する厳格な審査について、対象となる不払い額を20万円以上から1万円以上に引き下げる方針が示された。

これを受けて、厚労省は医療機関が使用する報告システムの運用変更を行うこととし、運用変更予定時期は4月1日を予定している。

■2023年の調査では外国人の受け入れ実績がある病院のうち約2割が未収金を経験

新型コロナウイルス感染症の影響によって訪日外国人は一時大幅に減少。日本政府観光局のデータによると2021年度は24万5,862人（前年度比-94.0%）まで落ち込んだ。

だが国際的な人の往来の再開以降、2023年度は2,506万6,350人（同554.1%）、2024年度は3,687万1,488人（同47.1%）と再び増加傾向に転じている状況に伴い、訪日外国人が日本の医療機関を受診する機会も増加している。

厚生労働省医政局が2023年9月、全国の病院と京都府・沖縄県の診療所（歯科診療所を含む）を対象に行った「令和5年度医療機関における外国人患者の受入に係る実態調査」によると、回答を得た5,184病院のうち2,813病院（54.3%）で外国人患者を受け入れた実績があった。

また、2,813病院のうち516病院（18.3%）

が外国人患者による未収金を経験。病院あたりの未収金発生件数は平均3.9件、総額は平均49.6万円というデータも提示している。

訪日外国人による医療費の未払い問題が表面化している状況から、防止策を強化する方針が打ち出されることとなった。

■4月1日以降に発生した未収金からシステム登録基準額が1万円以上に

「訪日外国人に対する適切な医療等の確保に向けた総合対策」（2018年6月）および「外国人材の受入れ・共生のための総合的対応策」（2020年7月）において、医療費の不払い等の経歴がある訪日外国人は、次回以降の入国審査を厳格化する方針が決定された。

そこで厚労省は、訪日外国人が医療費を支払わずに帰国するケースを防止・把握するため、2021年5月から「訪日外国人受診者医療費未払情報報告システム」の運用を開始。

医療機関から一定額以上の医療費の不払いがある訪日外国人の情報を収集し、システムを通じて出入国在留管理庁へと共有される仕組みだ。報告対象となる「一定額以上」とは、これまで20万円以上の不払い事案とされてきたが、1月23日に1万円以上へと引き下げる方針が閣議決定された。

これに伴い、4月1日以降に発生した未収金から、報告システムにおける未払情報の登録の対象となる基準金額も20万円から1万円へと引き下げられることとなる。

詳細については、3月に改訂が予定されている「訪日外国人受診者医療費未払情報の報告マニュアル」での確認を促している。

医療情報①
厚生労働省
意見募集

病床転換助成事業の対象を 一般病床全てに拡大

厚生労働省は 2 日、療養病床の介護施設などへの転換を支援する「病床転換助成事業」の見直し案（概要）を公表し、それへの意見募集（パブリックコメント）を始めた。

厚労省案は、関係省令を改正し、助成事業の対象を一般病床全てに広げる内容で、意見募集を 3 月 3 日まで行う。新たな規定は 4 月 1 日から適用される見通し。

病床転換助成事業は、いわゆる「社会的入院」を是正するための療養病床の再編に伴い、介護施設などに転換する療養病床への支援措置として 2008 年に始まった。一般病床からの転換は現在、療養病床と同じ病院（診療所）内にあり、療養病床と共に転換するのが合理的だと認められる場合に限り助成の対象になる。

しかし厚労省は 25 年 10 月、助成の対象を一般病床全てに拡大し、補助単価を引き上げることを社会保障審議会の医療保険部会に提案した。

新たな地域医療構想の運用が 27 年度以降に、第 9 次医療計画が 30 年度に始まるため、事業の期限は現在の 26 年 3 月末から 30 年 3 月末まで 4 年間延長し、年度をまたいで病床転換を行う場合は最長で 33 年 3 月末まで助成する。

厚労省は、新たな地域医療構想に基づき病床の機能分化・連携が進められ、「一般病床から介護医療院への転換ニーズが一定想定される」としている。

医療情報②
厚生労働省
公表

特定機能病院を3類型に ～3日に改正省令案(概要)を公表

厚生労働省は 3 日、全国に 88 ある特定機能病院を大学病院本院など 3 つの類型に区分し、「総合的な診療を担う診療科」を含む 5 つの診療科の設置を求める改正省令案（概要）を公表した。

特定機能病院の高度な医療提供の役割を担保するため、内科・外科・精神科など現在の 16 の基本診療科に加え、総合的な診療を行う診療科・リハビリテーション科・病理診断科、臨床検査科・形成外科の設置を当面、大学病院本院などで必須にする。

特定機能病院の基準としてほかに、以下も設定する。

- ▼地域医療への貢献
- ▼臨床研究の適正かつ円滑な実施を支援する部門の設置
- ▼医師・看護師・薬剤師の研修体制の強化
- ▼医療安全管理のため、管理者（病院長）の役割や特に把握すべき重大事象の明確化

厚生労働省は、改正省令案への意見募集（パブリックコメント）を 3 月 4 日まで行う。新たなルールは 4 月 1 日に施行される。

特定機能病院を巡っては、医療の高度化に伴って、高度と考えられる医療提供の中に特定機能病院以外の病院も実施しているものや、特定機能病院とそれ以外とで実施件数に差がないものが出ていることなどが指摘されていた。

そのため、厚生労働省の「特定機能病院及び地域医療支援病院のあり方に関する検討会」が役割や機能を議論し、特定機能病院の「基礎的基準」を医療提供・教育・研究・地域医療への人的協力（医師）・医療安全ごとにまとめた。

厚生労働省は、検討会の議論を踏まえて関係省令を改正し、全国に 88 ある特定機能病院を大学病院本院と、国立国際医療研究センター病院などナショナルセンター（NC）、がん研究会有明病院など「旧基準」に基づく病院の 3 類型に区分する。

医療提供など 5 つの基準は当面、それらのうち大学病院本院と NC の特定機能病院に適用し、新規承認の際もクリアを求める。

医療情報③
医道審議会
検討部会

医師国家試験にCBT導入へ、議論開始

厚生労働省は 4 日、医師国家試験などの見直しに向けた医道審議会の検討部会の初会合を開き、コンピューターを用いる CBT の国試への導入に向けた議論を開始した。問題作成の在り方や試験方法、段階的な導入手法などを検討し、年末をめどに方向性を取りまとめる。

医師養成では、医療現場で求められる知識・技能を着実に身に付けるため、卒前の診療参加型臨床実習と卒後の臨床研修を切れ目なくつなぐ教育体制の構築が求められている。

こうした流れを踏まえ、コンピューターを用いて動画や音声なども活用する CBT を導入し、医学知識の修得度を多角的に評価する仕組みの検討が進められている。

厚生労働省では、導入を見据え、2024 年度に全国 52 大学を対象とした CBT のトライアル試験を実施。運用上の課題や改善策を整理している。

この日の医道審・医師分科会医師国家試験等改善検討部会の初会合では、国試への CBT 導入に向けた論点が示された。導入そのものにおおむね異論はなかったものの、委員からは試験の複数回実施を求める声が相次いだ。

河野博隆委員（帝京大医学部長）は、医学部 6 年生の後半は年 1 回の国試対策に追われ、「医療現場で実習に取り組む学生はほとんどいない」と指摘。現行制度が卒前・卒後を通じたシームレスな医師養成の妨げになっているとの認識を示した。

金城紀与史委員（琉球大医学部医学教育企画室匿名教授）も、試験が年 1 回であることに加え、相対評価が採用されている点が受験生を過度な試験対策に向かわせていると問題提起。試験回数や実施時期などとともに検討課題に挙げた。（以降、続く）

週刊医療情報（2026年2月13日号）の全文は、当事務所のホームページよりご確認ください。

最近の医療費の動向

／概算医療費（令和7年度8月号）

厚生労働省 2025年12月26日公表

<結果のポイント>

1 概算医療費とその伸び

- 令和7年度8月の医療費は4.0兆円（対前年同月比 +0.8%）
- 令和7年度（4月～8月）の医療費は20.3兆円（対前年同期比 +2.2%）
（令和6年度は48.0兆円、対前年度比 +1.5%）

2 「一日当たりの医療費」の伸び

- 令和7年度8月の対前年同月比 +2.7%
- 令和7年度（4月～8月）の対前年同期比 +3.2%（令和6年度は、対前年度比 +1.1%）

3 「受診延べ日数」の伸び

- 令和7年度8月の対前年同月比 ▲1.8%
- 令和7年度（4月～8月）の対前年同期比 ▲1.0%（令和6年度は、対前年度比 +0.3%）

1. 制度別概算医療費

●医療費

（単位：兆円）

		総 計	医療保険適用						公 費	
			75 歳未満					75 歳以上		
			被用者 保険	本 人	家 族	国民健康 保険	(再掲) 未就学者			
令和 3 年度		44.2	25.0	14.1	7.9	5.2	10.8	1.3	17.1	2.2
令和 4 年度		46.0	25.8	15.0	8.4	5.6	10.7	1.4	18.0	2.2
令和 5 年度		47.3	26.2	15.7	8.9	5.8	10.5	1.5	18.8	2.3
令和 6 年度 4～3月		48.0	26.1	15.9	9.2	5.7	10.2	1.3	19.6	2.3
	4～8 月	19.8	10.8	6.5	3.8	2.3	4.3	0.5	8.1	1.0
	6 月	3.9	2.1	1.3	0.7	0.5	0.8	0.1	1.6	0.2
	7 月	4.2	2.3	1.4	0.8	0.5	0.9	0.1	1.7	0.2
	8 月	3.9	2.1	1.3	0.8	0.5	0.8	0.1	1.6	0.2
令和 7 年度 4～8 月		20.3	10.9	6.7	3.9	2.3	4.2	0.5	8.4	1.0
	6 月	4.0	2.2	1.3	0.8	0.5	0.8	0.1	1.7	0.2
	7 月	4.2	2.3	1.4	0.8	0.5	0.9	0.1	1.7	0.2
	8 月	4.0	2.1	1.3	0.8	0.5	0.8	0.1	1.6	0.2

注1）審査支払機関（社会保険診療報酬支払基金及び国民健康保険団体連合会）で審査される診療報酬明細書のデータ（算定ベース：点数、費用額、件数及び日数）を集計している。点数を10倍したものを医療費として評価している。医療保険及び公費負担医療で支給の対象となる患者負担分を含めた医療費についての集計である。現物給付でない分（はり・きゅう、全額自費による支払い分等）等は含まれていない。

注2）「医療保険適用」「75歳未満」の「被用者保険」は、70歳未満の者及び高齢受給者に係るデータであり、「本人」及び「家族」は、高齢受給者を除く70歳未満の者に係るデータである。（以下同）

注3）「医療保険適用」の「75歳以上」は後期高齢者医療の対象となる者に係るデータである。「公費」は医療保険適用との併用分を除く、生活保護などの公費負担のみのデータである。なお、令和2年8月診療分以前のデータは、診療報酬明細書において「公費負担者番号①」欄に記載される公費負担医療（第1公費）のデータを集計したものである。

●1人当たり医療費

(単位：万円)

		總 計	医療保険適用						
			75 歳未満	被用者 保 険			国民健康 保 険	(再掲) 未就学者	75 歳 以上
				本 人	家 族				
令和 3 年度		35.2	23.5	18.2	17.4	17.2	37.9	22.1	93.9
令和 4 年度		36.8	24.5	19.4	18.4	18.8	38.9	24.4	95.7
令和 5 年度		38.0	25.2	20.2	19.1	19.9	40.0	26.0	96.5
令和 6 年度 4～3月		38.8	25.4	20.5	19.5	20.0	40.5	25.1	97.4
	6月	3.1	2.1	1.7	1.6	1.6	3.3	2.2	7.9
	7月	3.3	2.2	1.8	1.7	1.7	3.5	2.2	8.4
	8月	3.2	2.1	1.7	1.6	1.6	3.3	1.9	8.0
令和 7 年度 4～8月		16.4	10.7	8.6	8.2	8.4	17.1	10.5	41.0
	6月	3.3	2.1	1.7	1.6	1.7	3.4	2.1	8.1
	7月	3.4	2.2	1.8	1.7	1.7	3.6	2.1	8.5
	8月	3.2	2.1	1.7	1.6	1.7	3.3	1.9	8.0

注1)「医療保険適用」「75 歳未満」の「被用者保険」は、70 歳未満の者及び高齢受給者に係るデータであり、「本人」及び「家族」は、高齢受給者を除く 70 歳未満の者に係るデータである。

注2) 1人当たり医療費は医療費の総額を加入者数で除して得た値である。加入者数が未確定の制度もあり、数値が置き換わる場合がある。

2. 診療種類別概算医療費

●医療費

(単位：兆円)

		総 計	診療費				調剤	入院時 食事 療養等	訪問 看護 療養	(再掲) 医科 入院 +医科 食事等	(再掲) 医科 入院外 +調剤	(再掲) 歯科 +歯科 食事等
				医科 入院	医科 入院外	歯科						
令和3年度		44.2	35.3	16.9	15.3	3.1	7.8	0.7	0.43	17.6	23.0	3.1
令和4年度		46.0	36.8	17.4	16.2	3.2	7.9	0.7	0.51	18.1	24.1	3.2
令和5年度		47.3	37.6	17.9	16.4	3.3	8.3	0.7	0.61	18.7	24.7	3.3
令和6年度4～3月		48.0	38.1	18.4	16.3	3.4	8.4	0.8	0.72	19.2	24.7	3.4
	6月	3.9	3.1	1.5	1.3	0.3	0.7	0.1	0.06	1.6	2.0	0.3
	7月	4.2	3.3	1.6	1.4	0.3	0.7	0.1	0.06	1.6	2.1	0.3
	8月	3.9	3.1	1.6	1.3	0.3	0.7	0.1	0.06	1.6	2.0	0.3
令和7年度4～8月		20.3	16.1	7.8	6.8	1.5	3.5	0.3	0.33	8.1	10.3	1.5
	6月	4.0	3.2	1.5	1.4	0.3	0.7	0.1	0.07	1.6	2.1	0.3
	7月	4.2	3.3	1.6	1.4	0.3	0.7	0.1	0.07	1.7	2.1	0.3
	8月	4.0	3.1	1.6	1.3	0.3	0.7	0.1	0.07	1.6	2.0	0.3

注) 診療費には入院時食事療養及び入院時生活療養の費用額は含まれない。

入院時食事療養等は入院時食事療養及び入院時生活療養の費用額の合計である。

●受診延日数

(単位：億日)

	総 計	診療費				調剤	訪問看護療養
			医科入院	医科入院外	歯科		
令和3年度	23.9	23.5	4.4	15.2	4.0	8.0	0.37
令和4年度	24.3	23.9	4.3	15.6	4.0	8.4	0.43
令和5年度	24.8	24.3	4.4	15.9	4.0	8.9	0.50
令和6年度4～3月	24.9	24.3	4.4	15.9	4.0	9.0	0.59
	6月	2.1	2.0	0.4	1.3	0.3	0.05
	7月	2.2	2.1	0.4	1.4	0.4	0.05
	8月	2.0	1.9	0.4	1.3	0.3	0.05
令和7年度4～8月	10.3	10.0	1.8	6.5	1.7	3.6	0.27
	6月	2.1	2.0	0.4	1.3	0.3	0.05
	7月	2.1	2.1	0.4	1.3	0.4	0.06
	8月	2.0	1.9	0.4	1.2	0.3	0.05

注) 受診延日数は診療実日数(調剤では処方せん枚数(受付回数)、訪問看護療養では実日数)を集計したものである。
受診延日数の総計には調剤の処方せん枚数(受付回数)は含まれない。

●1日当たり医療費

(単位：千円)

	総 計	医科入院		医科入院外	歯科	調剤	訪問看護療養	(参考) 医科入院外+調剤
		食事等 含まず	食事等 含む					
令和3年度	18.5	38.7	40.4	10.1	7.9	9.7	11.7	15.2
令和4年度	18.9	40.4	42.1	10.4	8.1	9.4	11.9	15.4
令和5年度	19.0	40.7	42.4	10.3	8.2	9.4	12.1	15.5
令和6年度4～3月	19.3	41.7	43.5	10.2	8.5	9.4	12.3	15.5
	6月	18.8	41.5	10.1	8.4	9.1	12.4	15.1
	7月	19.0	42.2	10.1	8.4	9.4	12.2	15.3
	8月	19.8	41.6	10.4	8.5	9.7	12.4	15.9
令和7年度4～8月	19.7	42.6	44.4	10.5	8.6	9.7	12.2	15.9
	6月	19.5	43.0	10.4	8.7	9.5	12.2	15.7
	7月	19.7	43.3	10.5	8.7	9.9	12.1	16.0
	8月	20.3	42.3	10.7	8.7	10.1	12.2	16.4

注) 1日当たり医療費は医療費の総額を受診延日数(調剤では総処方せん枚数(総受付回数)、訪問看護療養では総実日数)で除して得た値である。「医科入院外+調剤」の1日当たり医療費は医科入院外と調剤の医療費の合計を医科入院外の受診延日数で除して得た値である。歯科の1日当たり医療費は歯科医療費と歯科の入院時食事療養及び歯科の入院時生活療養の費用額の合計を歯科の受診延日数で除して得た値である。

最近の医療費の動向／概算医療費(令和7年度8月号)の全文は
当事務所のホームページの「医業経営 TOPICS」よりご確認ください。



経営情報
レポート
要約版



制 度 改 正

賃上げ・機能分化・DXの3つの柱

令和8年度 診療報酬改定の 基本方針

1. 令和8年度改定の意義
2. 令和8年度改定の骨子と3つの柱
3. 業務効率化とタスク・シフト／シェア
4. 患者への影響と今後の展望



■参考資料

【厚生労働省】：診療報酬改定について、令和8年度診療報酬改定の基本方針（詳細案）、診療報酬改定の基本方針 参考資料、医療機関の業務効率化・職場環境改善の推進に関する方向性について（案） 他

1

医業経営情報レポート

令和8年度改定の意義

令和8年度診療報酬改定は、今後の医業経営の安定化に向け、物価高騰と賃金上昇への対応が不可欠となる重要な意味をもっています。物価や賃金の上昇に加え、少子高齢化に伴う人口構造の変化、それに伴う医療従事者の不足は、これまでの医療提供体制の維持を困難にしつつあるといっても過言ではありません。特に地域社会において、誰もが安心して質の高い医療を受け続けられる環境を守ることは喫緊の課題です。

このような状況下において、2026年に実施される診療報酬改定は、単なる医療費の調整にとどまらず、我が国の医療の持続可能性を確立するための“構造改革”というべき重要な意味を持っています。

そこで本レポートでは、今回の令和8年度診療報酬改定が経営やスタッフの働き方にどのような影響を与えるのか、そして今後の医療アクセスや自己負担にどう関わってくるのかを、できる限り分かりやすく解説していきます。

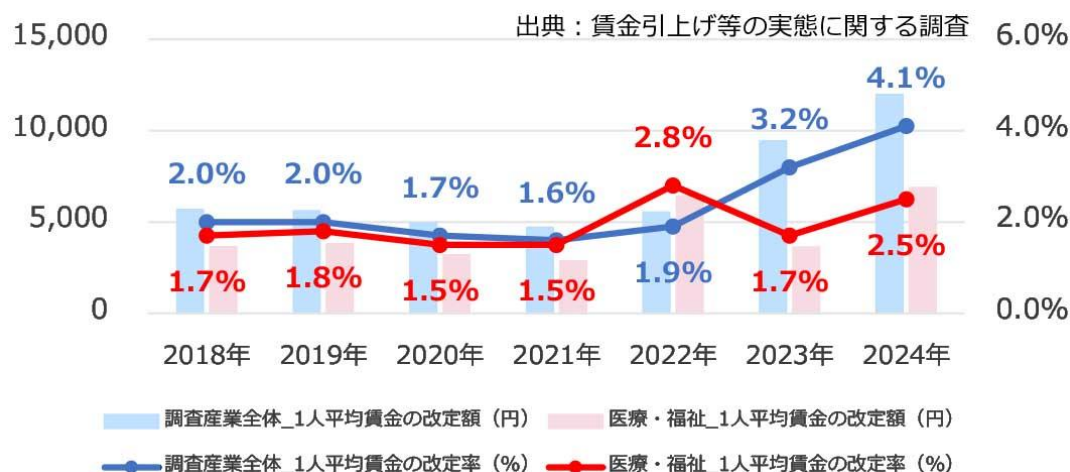
■ 物価・賃金の高騰と人材確保の壁

今回の診療報酬改定は、過去にないほど大きな変革を伴います。その背景には、直ちに対応を要する以下に述べる3つの課題が存在します。

第一に、国内経済のインフレ局面への対応です。全産業で賃上げが加速する中、収入を公定価格（診療報酬）に依存する医療機関は、価格転嫁による利益確保が困難です。

下図が示す通り、医療・福祉分野の賃上げ率は全産業平均を下回っており、他産業に対する人材採用競争力は相対的に低下しています。結果として、看護師や事務職員等、医業経営を支える現場の人材不足は一層顕在化しています。

◆ 産業全体と医療・福祉の賃上げ状況の比較



出典：厚生労働省 診療報酬改定の基本方針 参考資料

2

医業経営情報レポート

令和8年度改定の骨子と3つの柱

■ 医療従事者の人材確保・処遇改善

今回の改定で最も重視されているのが、医療人材の確保と賃上げへの対応です。

診療報酬本体の改定率は+3.09%（令和8年度・9年度の2年度平均）と、過去に例を見ない高水準となります。

特筆すべきは、このうち過半数を超える+1.70%が「賃上げ対応分」として明確に紐づけられている点です。

◆【解説】診療報酬の改定率とは？

改定率は医療費（公定価格）の変動率を示します。今回の高い改定率は、物価上昇によるコスト増を補填し、他産業に劣後しない賃金水準を実現するための、国による事実上の「緊急経済対策」としての側面を持ちます。

改定により得られた財源は、看護職員やリハビリ専門職、薬剤師はもちろんのこと、これまで対象外とされてきた 40 歳未満の勤務医、事務職員、看護補助者など、医療現場で働く幅広い職種の処遇改善に充てられます。特に、他産業との人材獲得競争が激しい看護補助者や事務職員には、手厚い賃上げが計画されています。

今回の改定は、病院・クリニック経営にとってスタッフの賃上げを実現するための強力な追い風となりますが、改定による増収分を確実に職員の給与に反映させることが求められ、その実施状況は国への報告が義務付けられるなど、実効性が厳しく問われます。したがって、適切な給与体系の見直しと、スタッフへの丁寧な説明が経営上の重要課題となります。

患者の立場から見れば、医療従事者の待遇が改善され、医療スタッフの働きがいのある職場環境が整うことは、医療サービスの質の維持・向上に直結します。

安心して医療を受けられる体制を守るためには、その担い手を確保することが不可欠であり、今回の賃上げはそのための重要な社会的投資と言えるでしょう。

■ 「治す」から「治し、支える」医療へ

2040 年に向けて高齢化がさらに進むなか、医療機関がそれぞれの役割を明確にし、地域全体で患者を支える、地域包括ケアシステムの構築が急務です。

今回の改定では、「医療機能の分化と連携」が強力に推進されます。大きな柱は、「治す医療」を担う急性期病院と、「治し、支える医療」を担う地域のクリニックや在宅医療との役割分担の明確化です。

3

医業経営情報レポート

業務効率化とタスク・シフト/シェア

令和8年度改定は、医療従事者の負担を軽減し、専門性を最大限に発揮できる環境を整えることを目指しています。その鍵となるのが、「働き方改革」の具体的な推進です。これは、単に労働時間を短縮するだけでなく、業務の進め方そのものを見直すことをも意味します。

■ タスク・シフト/シェアの推進

医師の長時間労働は、医療の質と安全を脅かす長年の課題です。2024 年4月から始まった医師の働き方改革をさらに推し進めるため、今回の改定では「タスク・シフト/シェア」の推進が評価されます。

◆【解説】タスク・シフト/シェアとは？

これまで医師が行ってきた業務の一部を、看護師、薬剤師、診療放射線技師、臨床検査技師など、他の資格を持つ医療専門職に移管（シフト）したり、共同で分担（シェア）することを指します。各職種が専門性を活かすことで、チーム全体として医療の質を向上させることを目指します。

具体例として、以下がタスク・シフト/シェアとして考えられます。

- 医師 → 看護師へ：採血、静脈路の確保、各種カテーテルの抜去、診断書などの書類の下書き作成など。
- 医師 → 薬剤師へ：入院患者の持参薬の確認・整理、処方内容の提案（プロトコルに基づく薬物治療管理）など。
- 医師 → 事務職員へ：診断書や紹介状の文書作成補助、各種手続きの説明など。

タスク・シフト/シェアの推進を進めることで、診療報酬上の加算という形でインセンティブが与えられます。これにより、医師は診断や治療といったコア業務に集中でき、クリニック全体の生産性向上が期待できます。

患者にとっては、医師だけでなく、看護師や薬剤師など、様々な専門家がチームとして関わることで、より多角的で手厚いケアを受けられるようになります。

■ ICT・AI活用

医療現場では、カルテ記入や書類作成といった間接業務に多くの時間が割かれています。今回の改定では、ICT（情報通信技術）や AI（人工知能）の活用を支援し、これらの業務を効率化することで、医療従事者が「患者と向き合う時間」を増やすことを目指します。

4

医業経営情報レポート

患者への影響と今後の展望

■ 窓口負担の見直し

今回の診療報酬改定は、医療提供体制の再構築を目指すものであると同時に、患者一人ひとりの医療費負担にも影響を及ぼします。ここでは、特に影響の大きい窓口負担の見直しについて解説します。

持続可能な医療保険制度を維持するため、「世代内・世代間の公平」を確保する観点から、いくつかの負担見直しが行われます。

(1) 高額療養費制度の見直し

高額療養費制度は、医療費の自己負担額が家計に過度な負担とならないよう、月々の支払いに上限を設けるセーフティネットです。今回の改定では、この制度が大きく見直されます。今回の改定で見直しされた主なポイントは以下の通りです。

◆【ポイント】高額療養費制度の見直し

今回の見直しは、「負担能力のある方には応分の負担を、長期に治療が必要な方や低所得の方には配慮を」という考え方が基本となっています。

●所得区分の細分化

これまで大括りだった所得区分が細分化されます。これにより、同じような収入でも負担額が大きく変わる事態を是正し、より所得に応じたきめ細やかな負担となります。例えば、年収約 370 万円～770 万円という広い区分が3つに分かれ、この区分内で所得が高い方は上限額が上がり、低い方は比較的緩やかな上昇となります。

●長期療養者への配慮（多数回該当・年間上限）

直近 12 ヶ月で3回以上高額療養費の対象となった場合の自己負担上限額（多数回該当）は、基本的に据え置かれます。さらに、新たに「年間上限」が導入され、月々の上限額に達しない場合でも、年間の自己負担額が一定額を超えれば、その超過分が払い戻されるようになります。これにより、継続的な治療が必要な方の負担が過重にならないよう配慮されます。

●70 歳以上の外来上限（外来特例）の見直し

高齢者の外来受診における自己負担上限額が見直されます。所得に応じて上限額が引き上げられますが、住民税非課税世帯の方などには負担が急増しないよう配慮されます。

この見直しにより、高所得者層にとっては月々の自己負担上限額が引き上げられ、負担増となる可能性があります。一方で、中所得層以下の方、特に継続的な治療が必要な方は、「年間上限」の新設などにより、長期的な負担はむしろ軽減されるケースも想定されます。

レポート全文は、当事務所のホームページの「医業経営情報レポート」よりご覧ください。

医療事故再発防止への提言

医療事故の再発防止に向けた提言の内容とは？

日本医療安全調査機構では専門分析部会において、収集した院内調査結果報告書を整理・分析した結果を再発防止策として提言にまとめています。

内容は対象となった診療行為や疾患に関する概要から始まり、事例の分析方法、概要紹介、解説がなされています。最後には今後の医療安全の向上につながるよう、学会や企業へ事例の周知や教育機会の提供、機械の開発などの提案で締めくくられています。提言内では様々な事例が紹介されており、時系列や薬品種類ごとの事例間比較などがされています。

◆医療事故の再発防止に向けた提言

1	中心静脈穿刺合併症に係る死亡の分析―第1報
2	急性肺血栓塞栓症に係る死亡事例の分析
3	注射剤によるアナフィラキシーに係る死亡事例の分析
4	気管切開術後早期の気管切開チューブ逸脱・迷入に係る死亡事例の分析
5	腹腔鏡下胆嚢摘出術に係る死亡事例の分析
6	栄養剤投与目的に行われた胃管挿入に係る死亡事例の分析
7	一般・療養病棟における非侵襲的陽圧換気（NPPV）及び気管切開下陽圧換気（TPPV）に係る死亡事例の分析
8	救急医療における画像診断に係る死亡事例の分析
9	入院中に発生した転倒・転落による頭部外傷に係る死亡事例の分析
10	大腸内視鏡検査等の前処置に係る死亡事例の分析
11	肝生検に係る死亡事例の分析
12	胸腔穿刺に係る死亡事例の分析
13	胃瘻造設・カテーテル交換に係る死亡事例の分析
14	カテーテルアブレーションに係る死亡事例の分析
15	薬剤の誤投与に係る死亡事例の分析
16	頸部手術に起因した気道閉塞に係る死亡事例の分析
17	中心静脈カテーテル挿入・抜去に係る死亡事例の分析―第2報（改訂版）
18	股関節手術を契機とした出血に係る死亡事例の分析
19	肺動脈カテーテルに係る死亡事例の分析
20	血液検査パニック値に係る死亡事例の分析
21	産科危機的出血に係る妊産婦死亡事例の分析

ジャンル:リスクマネジメント > サブジャンル:医療事故調査制度

医療事故発生時の対応

医療事故が発生した時、
どのように対応すれば良いのでしょうか。

医療安全担当者は、医療事故発生直後の対応として、発生状況を迅速に把握し、管理者に報告して対応を協議します。緊急対応（緊急対応会議等の開催）では、「医療事故」か否かの判断をします。

また、平時から各支援団体（地方協議会）の連絡先などを一覧にしておき、スムーズに連絡が取れるよう整備しておくことが重要です。日本医療安全調査機構では院内調査の進め方として研修資料を公開しています。

以下は医療事故発生直後の対応の手順です。

医療事故か否かである判断は、医療機関の管理者が組織として判断することとなっていますが、様々な事例があり、判断に迷う場合も多いでしょう。研修資料には医療事故の報告対象と考えられる事例が挙げられていますので、ご確認ください。

◆医療事故発生直後の対応手順

①医療安全担当者は、医療事故の概要に関する情報を収集し、状況を把握、「事例概要」としてまとめる。

- ・診療記録から概要を確認する
- ・可能な限り現場に赴く
- ・関係者に、事実関係のみ端的に聞き取りをする
- ・患者・家族への説明状況と理解度を把握する
- ・収集した情報をA4用紙1枚程度にまとめる

②緊急対応会議を招集し、以下を協議する（構成メンバーは病院幹部、関連する診療科・職種）

- ・事例概要の共有
- ・解剖・死亡時画像診断（Autopsyimaging：Ai）の必要性の判断とその説明者の決定
- ・院内調査委員会を設置するかの判断
- ・医療事故か否かの判断〔医療事故調査・支援センター（以下「センター」）への報告の判断〕
- ・警察・行政への報告の必要性の判断
- ・公表の有無および公表方法の決定
- ・患者・遺族への対応者の決定・対外的な窓口の決定

③救命対応で診療記録に未記載のメモなどは、追記と分かるように速やかに記載する

④「医療事故」の判断に迷う場合や支援が必要な場合は、支援団体連絡協議会窓口、もしくはセンターに相談する