週刊WEBマガジン
医業経営
Vol.937
2026.10.6



医療情報ヘッドライン

連携B・B水準 短縮目標ラインの見直しを検討
C水準は理解促進に着目
▶厚生労働省　検討会

病院耐震改修状況調査の結果を公表
耐震化率は82.1%に上昇
25年
▶厚生労働省





週刊 医療情報
2026年10月2日号
医療機関機能、「手術等」行う建物の完成年報告へ

経営TOPICS
統計調査資料　令和7年度
医療費の動向/概算医療費

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: 医療税務 > サブジャンル:税務調査
税務調査の区分
資産調査に関するポイント

発行：税理士法人　森田会計事務所

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 ❶

連携B・B水準　短縮目標ラインの見直しを検討　C水準は理解促進に着目

厚生労働省　令和8年度医師の働き方改革の推進等に関する検討会

厚生労働省は9月 10 日に令和８年度医師の働き方改革の推進等に関する検討会を開催し、「医師の時間外労働短縮目標ライン（以下、短縮目標ライン）」の見直しや、C 水準等の運用について議論を行った。厚労省が実施した特定労務管理対象機関の実態調査によると、年 1,860 時間を上限とする連携Ｂ・Ｂ水準医師の時間外・休日労働時間は、全体として縮減傾向が確認された一方、最大時間外・休日労働時間が年 960 時間を超える医療機関は、依然として約８割を占めている。

そこで、連携 B・B 水準の次期短縮目標ラインの検討にあたり、着実に縮減できるような目標設定を行うことや、実効性のある時短計画の策定・実施を促す必要性を訴えた。

■労働負荷の高い医師層は依然として長時間労働が認められる

2024 年４月から医師に対する時間外・休日労働の上限規制が適用され、地域医療確保暫定特例水準として、年 1,860 時間を上限とする連携Ｂ・Ｂ水準が設けられた。連携Ｂ・Ｂ水準の上限は 2035 年度末をめどに特例を廃止し、年 960 時間のＡ水準への統合を目指す方針だ。「医師の労働時間短縮等に関する指針」では、各医療機関が着実に労働時間を短縮できるよう、３年ごとに短縮目標ラインの見直しの検討を行うことが定められている。

厚労省は、年 960 時間超の時間外・休日労働が認められる「特定労務管理対象機関」の実態調査を実施。今回の検討会で、24 年度に 448 機関・医師３万 666 人、25 年度に 459 機関・３万 184 人分を集計した結果を公表した。調査によると、連携 B・B 水準医師における時間外・休日労働が年 960 時間を超える割合は、24 年度から 25 年度にかけて 1.3 ポイント低下し、着実に減少している。一方、各医療機関の最大時間外・休日労働時間をみると、年 960 時間を超える医療機関は依然として約８割を占め、年 960 時間から 1,440 時間の範囲に約７割が集中していたというデータを提示。院内で最も長く働いている医師は、年 960 時間を超えたままの状況が続いていることがわかる。また、診療科別には、循環器内科、外科（外科＋消化器外科）、心臓血管外科、救急科の順に、年 960 時間を超える医師数が多かった。

■C水準は制度理解の不足が顕著　研修やマニュアル充実で実効性のある周知を

医師の働き方改革において、連携 B・B 水準と同じく年 1,860 時間の上限特例が認められているのが C 水準だ。臨床研修・専攻医の研修のための C-1 水準と、高度な技術の習得のための C-2 水準に分類される。

医師の働き方改革制度や労働関連法令について、臨床研修の関係者、専攻医ともに制度理解の不足が認められている。

そこで厚労省は C 水準等の適切な運用に向けて、「修練に励む時間を確保する必要がある場合には、例えば各病院において臨床研修医に対して就業終了時刻後の院内滞在を一律に禁止とするなどの過剰な制限まで求めているものではない」といった周知や、「トップマネジメント研修や、臨床研修におけるプログラム責任者養成講習会等を利用する」など、実効性のある周知を図る対応を提言した。

C-２水準に関しては、各学会への情報提供やマニュアルの充実、具体例の紹介などに取り組むべきだという考えを示した。

医療情報ヘッドライン②

病院耐震改修状況調査の結果を公表 耐震化率は82.1％に上昇　25年

厚生労働省

厚生労働省は9月 18 日、2025 年における「病院の耐震改修状況調査の結果」を公表した。

それによると、全ての建物に耐震性のある割合を指す病院の耐震化率は 82.1%で、前回 2023 年の調査から 1.6 ポイント上昇。このうち、災害拠点病院および救命救急センターの耐震化率は 97.2%で、前回から 1.2 ポイント上昇した。

耐震化に関する目標は、2018 年 12 月に閣議決定した「防災・減災、国土強靭化のための３か年緊急対策」において、2020 年度までに病院全体の耐震化率を 80.0%とする目標を定めており、前回調査の 2023 年度に達成している。

病院の耐震化率はさらに上昇している一方、「全ての建物に耐震性のある」ことが確認できない病院や、「建物の耐震性が不明である」病院が依然として一定数存在していることから、病院の耐震改修や建て替え、耐震診断の実施など、耐震化の推進が引き続き課題となっている。

■災害拠点病院等では耐震化が進む

今回の調査は、2025 年 10 月に厚労省が各都道府県に対して行い、病院の耐震化の状況を取りまとめたもの。調査対象は病院の 8,030 施設、地震発生時の医療拠点となる災害拠点病院および救命救急センターの 783 施設で、回答率はともに 100%だった。

厚労省は耐震性がない建物を、1981 年以前に建築された建物であり、耐震診断の結果、震度６強程度の地震により倒壊または崩壊する危険性がある「Is 値 0.6 未満」の建物と定義している。

病院の耐震化の状況を詳しくみると、「全ての建物に耐震性のある病院数」が 6,596 施設（82.1%）、「一部の建物に耐震性がある病院数」が 500 施設（6.2%）、「全ての建物に耐震性がない病院数」が 285 施設（3.5%）だったほか、「建物の耐震性が不明である病院数（耐震診断を実施していない病院数）」が 649 施設（8.1%）にのぼった。

病院のうち、災害拠点病院および救命救急センターでは、「全ての建物に耐震性のある病院数」が 761 施設（97.2%）、「一部の建物に耐震性がある病院数」が 20 施設（2.6%）、「全ての建物に耐震性がない病院数」が２施設（0.3%）だった。

「建物の耐震性が不明である病院数（耐震診断を実施していない病院数）」は０となり、多くの災害拠点病院等で耐震化が進んでいる状況がうかがえる。

■島根県で95.7%、福島県で69.0%と大きな地域差が存在

都道府県別に病院の耐震化率をみると、島根県が 95.7%で最も高く、富山県が 95.1%、山形県が 93.9%と続いた。

対して最も低かったのは、福島県で 69.0%。次いで京都府が 72.0%、長崎県が 76.6%で、地域差が目立つ結果となっている。

また、災害拠点病院および救命救急センターでは 16 都府県で 100%に達しておらず、最も低いのは福島県で 83.3%だった。

ビズアップ週刊 医療情報
2026年10月2日号
[情報提供]MMPG
（メディカル・マネジメント・プランニング・グループ）
メディカルウェーブ

医療情報①
厚生労働省
ガイドライン

医療機関機能、「手術等」行う建物の完成年報告へ

病院や有床診療所による医療機関機能の初回の報告が 10 月 19 日に始まる。都道府県に報告するのは医療機関機能のほか構造設備や手術などの診療実績に関する項目で、構造設備では「手術等」を実施する建物が完成した年も提出する。

厚生労働省が 7 月に公表した地域医療構想の策定ガイドラインでは、急性期拠点機能を担う医療機関は、医療従事者の確保の見込みや医療機器の整備状況に加え、建物の築年数なども考慮して地域で協議することとされている。

医療機関機能報告は、一般病床か療養病床を持つ病院と有床診療所の原則全てを対象にする。病棟ごとの医療機能を届け出る従来の病床機能報告と併せて行う。

報告するのは、医療機関機能のほか構造設備・人員配置や手術など診療実績に関する項目で、「報告様式１」と「報告様式２」に分けて提出する。報告様式２の受け付けは各都道府県が11月２日に始め、様式１と共に 12 月 11 日に締め切る。医療機関機能には、構想区域ごとに整備する「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」の４つと、広域で整備する「医育・広域診療機能」がある。

大学病院本院は「医育・広域診療機能」のみを報告する。それ以外は、2026 年７月１日時点でカバーしている「現時点の機能」と、40 年７月１日時点でカバーする予定の機能を構想区域ごとの４つの中から医療機関の判断で選択する。

ただ、それぞれの医療機関が 40 年に担う機能は地域医療構想調整会議で協議して 28 年度までに決定することとされていて、協議が決着してからはそれに基づく機能のみを報告する。

●「急性期拠点＋高齢者救急」はNG

初回の報告が始まるのに先立ち、厚労省が公表した報告様式１の 26 年度の記入要領によると、「急性期拠点機能」や「高齢者救急・地域急性期機能」の医療機関が在宅医療や在宅医療の後方支援も行う場合、「在宅医療等連携機能」を併せて報告できる。

ただ厚労省は、在宅患者の緊急入院を受け入れられるというだけで「在宅医療等連携機能」を報告することは想定されないとしている。

一方、「急性期拠点機能」と「高齢者救急・地域急性期機能」を併せて報告することはできない。手厚い医療資源が必要な医療をカバーする医療機関と高齢者救急に対応する医療機関の役割分担を明確化する必要があるためで、院内の状況を踏まえてどちらかを選択するよう求めた。

構造設備・人員配置に関しては、臨床研修の実施状況や診療科別の医師数、手術室数（いずれも 26 年７月１日時点）などのほか、「手術等」を実施する建物が完成した年を報告する。「手術等」を実施する建物がなければ面積が最も大きい建物の建築時期を答える。

医療情報②
厚生労働省
検討会

有料老人ホームの登録基準、ケアマネの独立性担保

厚生労働省は９月 18 日、登録制の対象とする中重度の要介護者らが入居する住宅型有料老人ホームの登録基準案を関連の検討会に示した。入居者のいわゆる「囲い込み」対策のための基準として、入居契約とケアマネジメント契約の独立性や、介護支援専門員（ケアマネジャー）の独立性を担保する措置を講じることなどを求める内容。

厚労省案によると、登録施設の介護支援事業者からの求めに応じて入居者の状態や介護サービスの利用状況などケアプランの作成に必要な情報を適切に提供することも、登録制の対象となる有料老人ホームに求める。

また、近隣に設置されている介護事業所の情報を入居者に提供することに加え、有料老人ホーム事業の会計と、介護サービスなどの関連事業の会計を明確に区分することなども登録基準とする。これらにより、「囲い込み」の解消につなげたい考え。

●夜間を除き、原則ホーム職員が常駐

人員に関する基準では、管理者・生活相談員を 1 人以上配置。ただ、支障がなければ他の施設の職務に従事することができる。

介護職員や看護職員は、提供する介護などの内容に応じて利用者保護や入居者の健康管理の観点から、介護などの安定的な提供に支障がない職員体制を確保する。夜間を除き、原則としてホーム職員の常駐が必要となる。

夜間や緊急時は、「オンコール」で対応できる体制の確保を求めるが、一定の経過措置期間を設ける。ホームで入居者に食事を提供する場合には、管理栄養士や栄養士の関与の下で献立をつくるなど、入居者それぞれの状態に応じた栄養管理を計画的に行える体制を求める。

ホームの設備に関して、居室は原則として個室とし、入居者 1 人当たりの床面積は 13 平方メートル以上。廊下は、入居者が車椅子などで安全かつ円滑に移動できる幅が必要となる。

浴室や便所、食堂などは入居者の利用に適したものとし、緊急通報装置の設置を義務付ける。

入居希望者との契約では、「不当な条件」を付けないことを求める。

「不当な条件」とは、以下を指します。

▼有料老人ホームと併設・隣接、もしくは同一・関連法人や提携関係のある介護サービス事業所や居宅介護支援事業所、医療機関、訪問看護事業所、薬局の利用などを契約条件とする
▼「かかりつけ医」や担当ケアマネジャーの変更などを強要する
▼これらの介護サービス事業所などを利用する場合に家賃の軽減など優遇措置を行う

もっとも、地方などで利用できる事業所が限られる場合には柔軟に対応。利用が事実上、不可欠な場合は、「不当な条件」と見なさないとしている。厚労省が示した方向性に強い反対はなく、登録制への施行に向けた対応を 10 月に開催予定の次の会合で取りまとめる予定。

週刊医療情報（２０２６年１０月２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。

経営 TOPICS
統計調査資料
抜 粋

令和7年度 医療費の動向/概算医療費

厚生労働省　2026年8月28日公表

概算医療費の年度集計結果

厚生労働省では、毎月、医療費の動向を迅速に把握するために、医療機関から提出された診療報酬明細書（レセプト）に基づいて、医療保険・公費負担医療分の医療費を集計した「医療費の動向」を公表しています。このたび、令和７年度の集計結果がまとまりましたので公表します。本資料における医療費は、速報値であり、労災・全額自費等の費用を含まないことから概算医療費と呼称しています。概算医療費は、医療機関などを受診し傷病の治療に要した費用全体の推計値である国民医療費の約 98%に相当しています。

本調査は、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）から診療報酬に関する審査支払業務において集まる医療費情報の提供を受け、これらを集約することで、医療費の動向を迅速に把握し、医療保険行政のための基礎資料を得ることを目的としたものです。

【調査結果のポイント】

- 令和７年度の医療費は 49.2 兆円となり、前年度に比べて約 1.3 兆円の増加となった。
- 医療費の内訳を診療種類別にみると、入院 19.6 兆円（構成割合 39.8%）、入院外 16.5 兆円（33.5%）、歯科 3.5 兆円（7.2%）、調剤 8.8 兆円（17.8%）となっている。
- 医療費の伸び率は 2.6%。診療種類別にみると、入院 2.3%、入院外 1.6%、歯科 3.5%、調剤 3.9%となっている。
- 医療機関を受診した延患者数に相当する受診延日数の伸び率は▲0.7%。診療種類別にみると、入院▲0.5%、入院外▲1.6%、歯科 0.4%となっている。
- １日当たり医療費の伸び率は 3.3%。診療種類別にみると、入院 2.8%、入院外 3.2%、歯科 3.2%、調剤 5.0%となっている。

【医療費の動向】

	令和３年度	令和４年度	令和５年度	令和６年度	令和７年度
医療費（兆円）	44.2	46.0	47.3	48.0	49.2
医療費の伸び率（%）	4.6	4.0	2.9	1.5	2.6
受診延日数の伸び率（%）	3.3	2.0	2.0	0.3	▲0.7
１日当たり医療費の伸び率（%）	1.3	2.0	0.8	1.1	3.3

Ⅰ　制度別の概算医療費

●医療費の推移

（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
（構成割合）	(100%)	(56.5%)	(32.0%)	(17.9%)	(11.9%)	(24.5%)	(3.0%)	(38.6%)	(4.9%)
令和４年度	46.0	25.8	15.0	8.4	5.6	10.7	1.4	18.0	2.2
（構成割合）	(100%)	(56.1%)	(32.7%)	(18.4%)	(12.2%)	(23.3%)	(3.1%)	(39.1%)	(4.8%)
令和５年度	47.3	26.2	15.7	8.9	5.8	10.5	1.5	18.8	2.3
（構成割合）	(100%)	(55.4%)	(33.1%)	(18.8%)	(12.3%)	(22.2%)	(3.1%)	(39.8%)	(4.9%)
令和６年度①	48.0	26.1	15.9	9.2	5.7	10.2	1.3	19.6	2.3
（構成割合）	(100%)	(54.4%)	(33.1%)	(19.2%)	(11.9%)	(21.3%)	(2.8%)	(40.8%)	(4.9%)
令和７年度②	49.2	26.5	16.4	9.7	5.8	10.1	1.3	20.3	2.4
（構成割合）	(100%)	(53.9%)	(33.4%)	(19.7%)	(11.7%)	(20.5%)	(2.6%)	(41.3%)	(4.9%)
②－①	1.25	0.44	0.55	0.49	0.05	▲0.12	▲0.07	0.76	0.06

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 70～74 歳の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人当たり医療費の推移

（単位：万円）

	総計	医療保険適用						75 歳以上
		75 歳未満						
			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	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	38.8	25.4	20.5	19.5	20.0	40.5	25.0	97.4
令和７年度	40.0	26.1	21.2	20.2	20.7	41.5	24.8	98.9

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 70～74 歳の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。現時点で加入者数が未確定の制度もあり、今後、数値が置き換わる場合がある。

Ⅱ　診療種類別の概算医療費

●医療費の推移

（単位：兆円）

	総計	診療費					調剤	訪問看護療養	（参考）医科入院外＋調剤
		計	医科計	医科入院	医科入院外	歯科			
令和３年度	44.2	36.0	32.9	17.6	15.3	3.1	7.8	0.43	23.0
（構成割合）	（100%）	(81.5%)	(74.4%)	(39.8%)	(34.6%)	(7.1%)	(17.5%)	(1.0%)	(52.1%)
令和４年度	46.0	37.6	34.3	18.1	16.2	3.2	7.9	0.51	24.1
（構成割合）	（100%）	(81.7%)	(74.7%)	(39.4%)	(35.3%)	(7.0%)	(17.1%)	(1.1%)	(52.5%)
令和５年度	47.3	38.4	35.1	18.7	16.4	3.3	8.3	0.61	24.7
（構成割合）	（100%）	(81.1%)	(74.2%)	(39.5%)	(34.7%)	(7.0%)	(17.6%)	(1.3%)	(52.3%)
令和６年度①	48.0	38.8	35.4	19.2	16.3	3.4	8.4	0.72	24.7
（構成割合）	（100%）	(80.9%)	(73.8%)	(39.9%)	(33.9%)	(7.1%)	(17.6%)	(1.5%)	(51.5%)
令和７年度②	49.2	39.7	36.1	19.6	16.5	3.5	8.8	0.82	25.3
（構成割合）	（100%）	(80.5%)	(73.4%)	(39.8%)	(33.5%)	(7.2%)	(17.8%)	(1.7%)	(51.3%)
②－①	1.25	0.82	0.70	0.44	0.26	0.12	0.33	0.10	0.59

注１．入院時食事療養の費用額及び入院時生活療養の費用額が含まれる。医科分は医科入院へ、歯科分は歯科へ含めている。
注２．総計には、訪問看護療養の費用額を含む。

●受診延日数の推移

（単位：億日）

	総計	診療費				調剤
		計	医科		歯科	
			入院	入院外		
令和３年度	23.9	23.5	4.4	15.2	4.0	8.0
（構成割合）	（100%）	(98.5%)	(18.2%)	(63.5%)	(16.7%)	
令和４年度	24.3	23.9	4.3	15.6	4.0	8.4
（構成割合）	（100%）	(98.3%)	(17.7%)	(64.2%)	(16.4%)	
令和５年度	24.8	24.3	4.4	15.9	4.0	8.9
（構成割合）	（100%）	(98.0%)	(17.7%)	(64.1%)	(16.2%)	
令和６年度①	24.9	24.3	4.4	15.9	4.0	9.0
（構成割合）	（100%）	(97.6%)	(17.7%)	(63.8%)	(16.1%)	
令和７年度②	24.7	24.1	4.4	15.6	4.0	8.9
（構成割合）	（100%）	(97.3%)	(17.7%)	(63.2%)	(16.3%)	
②－①	▲0.16	▲0.25	▲0.02	▲0.25	0.01	▲0.09

注１．診療実日数を取りまとめている。調剤については、処方せん枚数（受付回数）を取りまとめている。
注２．総計には、訪問看護療養の実日数を含み、調剤の処方せん枚数（受付回数）を含めずに計上している。

令和７年度　医療費の動向/概算医療費の全文は
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。

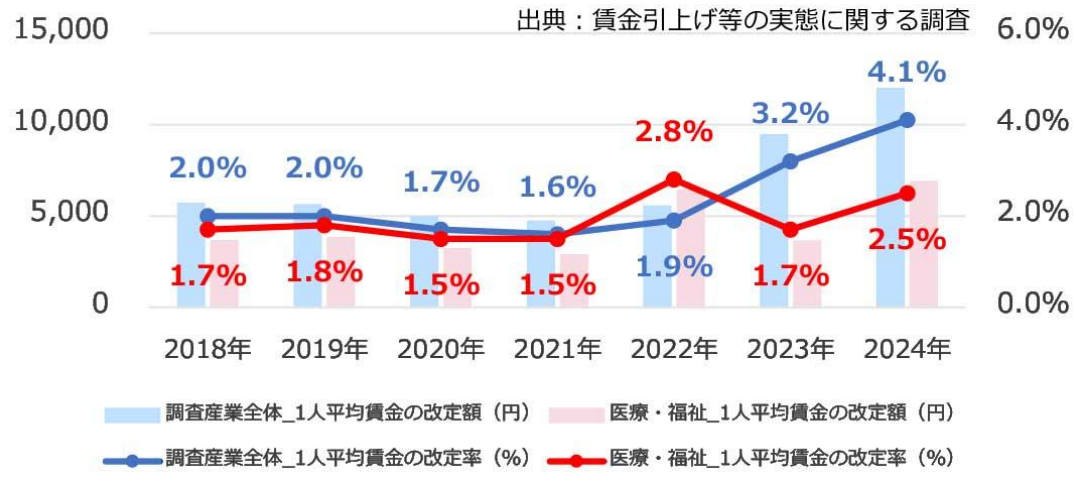
■ 物価・賃金の高騰と人材確保の壁

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、他産業との人材獲得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＋1.70%が「賃上げ対応分」として明確に位置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）したり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、以下のようなタスク・シフト/シェアが考えられます。

- **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。
- **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／シェアを推進することで、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。

経営データベース

Question

Answer

ジャンル：医療税務 ＞ サブジャンル：税務調査

税務調査の区分

税務調査の区分について教えてください。

■区分

強制調査	悪質脱税容疑者に対し、裁判所が発行した臨検・捜索・差押許可状をもとに、国税局査察部の国税査察官による有無を言わせず強制的に証拠物件や書類を押収して行なわれる調査です。 これは相当多額で悪質な脱税が探知された場合に行なわれ、俗に「マルサのガサ入れ」といわれています。
任意調査	任意調査というのは、申告の内容について確認をするという意味で調査するものです。とくに、あらかじめ脱税又は不正の事実をつかんだということで行なわれるのではありません。したがって、事前に調査の予定日を連絡してくるなど、医療機関の側から言えば都合のよい調査といえます。 しかし、任意とはいっても、税法上の質問検査権を持って調査にあたるわけですから、正当な理由なしにその行使を断った場合には、所定の罰則が課せられます。通常、調査という場合には、この任意調査のことであり、一般に数多く経験する調査です。
特別調査	これは、前述の強制調査と任意調査の中間的な性格の調査といえましょう。広義には任意調査の分類に入りますが、申告内容に特に疑問が持たれ、その規模も割合大きいものがこの対象とされるようです。特別調査は、国税局の資料調査課の国税実査官が行なうものと、税務署の特別調査部門の国税調査官により行なわれるもの及びこれらの合同により行なわれるものとがあります。国税局の資料調査課は各種の資料源を開発したり、各税務署からの上申等により調査の難易度が高いもの、例えば診療所が何ヶ所もあったり、取引銀行があちこちにあるなど広域調査を必要とするもの、事案の内容が複雑で多くの事務量を必要とするものなどを担当しています。

■手順

税務調査対象を選定し、質的管理区分の中から、法人の申告状況や納税実績、これまでの調査結果などに基づいて、３段階に区分して管理されます。

３段階による法人の質的管理区分	
第1グループ法人	申告内容や納税実績が良好と判定された法人
第2グループ法人	第１グループ法人及び第３グループ法人以外の法人
第3グループ法人	❶過去の一定期間に不正を行なった法人 ❷取引先等の不正に加担した法人 ❸暴力団関係者が絡む法人 ❹国税局又は税務署が重点調査業種に指定した業種に属する法人

経営データベース

Question

Answer

ジャンル：医療税務 ＞ サブジャンル：税務調査

資産調査に関するポイント

資産の税務調査のポイントを教えてください。

❶有価証券の増減に関する調査

その残高につき現物との差異が生じていないか調べられます。

有価証券は必ずしも現金購入によることなく、株式分割、無償交付、代物弁済等多くの要因により増加し、減少についても譲渡のほか、評価損等多くの要因があることから有価証券発行法人より送付されてくる株式配当等の資料が漏れなく保管されているかを調べられます。

また、受取配当等が入金されている場合、それに対応する株式等が計上されているかどうか調べられることとなります。

❷前払費用

前払費用とは「一定の契約に従い、継続して役務の提供を受ける場合、いまだ提供されていない役務に対して支払われた対価」のことを指します。

注意点は以下の３点となります。

（イ）現金支出に限り認められ、未払分は認められません。

（ロ）支払日から １ 年以内に役務提供を受けること、実際に支払済みであること、継続適用等が必要。その短期前払費用のみ経費計上が認められます。

（ハ）いったん処理したものに関しては、継続性が要求され、支出時損金処理を選択した場合には、原則として同一処理手続きを継続することが要件となります。

❸仮払金

仮払金勘定に本来の仮払金すなわち旅費交通費、交際費、福利厚生費等以外の仮払金が計上されていないかどうかが調べられることとなります。

注意点は以下の４点となります。

（イ）内容が把握されているかどうか

（ロ）取引内容が検討されているか

（ハ）仮払金の精算が行われているか

（ニ）長期間にわたって精算されずに残高がある場合には役員に対する貸付金とみなされ利子の認定がされることがあります。

週刊 WEB 医業経営マガジン　No.937

【著　者】日本ビズアップ株式会社
【発　行】税理士法人 森田会計事務所
〒630-8247　奈良市油阪町456番地　第二森田ビル 4F
TEL 0742-22-3578　　FAX 0742-27-1681

本書に掲載されている内容の一部あるいは全部を無断で複写することは、法律で認められた場合を除き、著者および発行者の権利の侵害となります。