指標

新たな地域医療構想を後押しする令和8年度診療報酬改定

副会長
佐古（さこ）　和廣（かずひろ）

指標のポイント

新たな地域医療構想策定ガイドラインは、本稿執筆時点では最終調整中であり、まだ公表されていません。ただし、これまで12回にわたって開催された「地域医療構想及び医療計画等に関する検討会」の資料から、その全体像はおおむね明らかになっています。本稿では、それらの資料に基づいて議論を進めます。

今回の構想の要点は、従来の病床単位の分類から、**医療機関ごとの役割に着目した機能再編**へと軸足を移す点にあります。加えて、構想区域を都市部と人口の少ない地方に分け、それぞれの実情に応じて柔軟に制度設計することも特徴です。今後さらに増加する85歳以上の高齢者と、急速に減少する生産年齢人口を見据え、医療DXの推進を通じて、医療機関相互の連携、さらには医療と介護の連携を強化し、効率化を図ろうとしています。

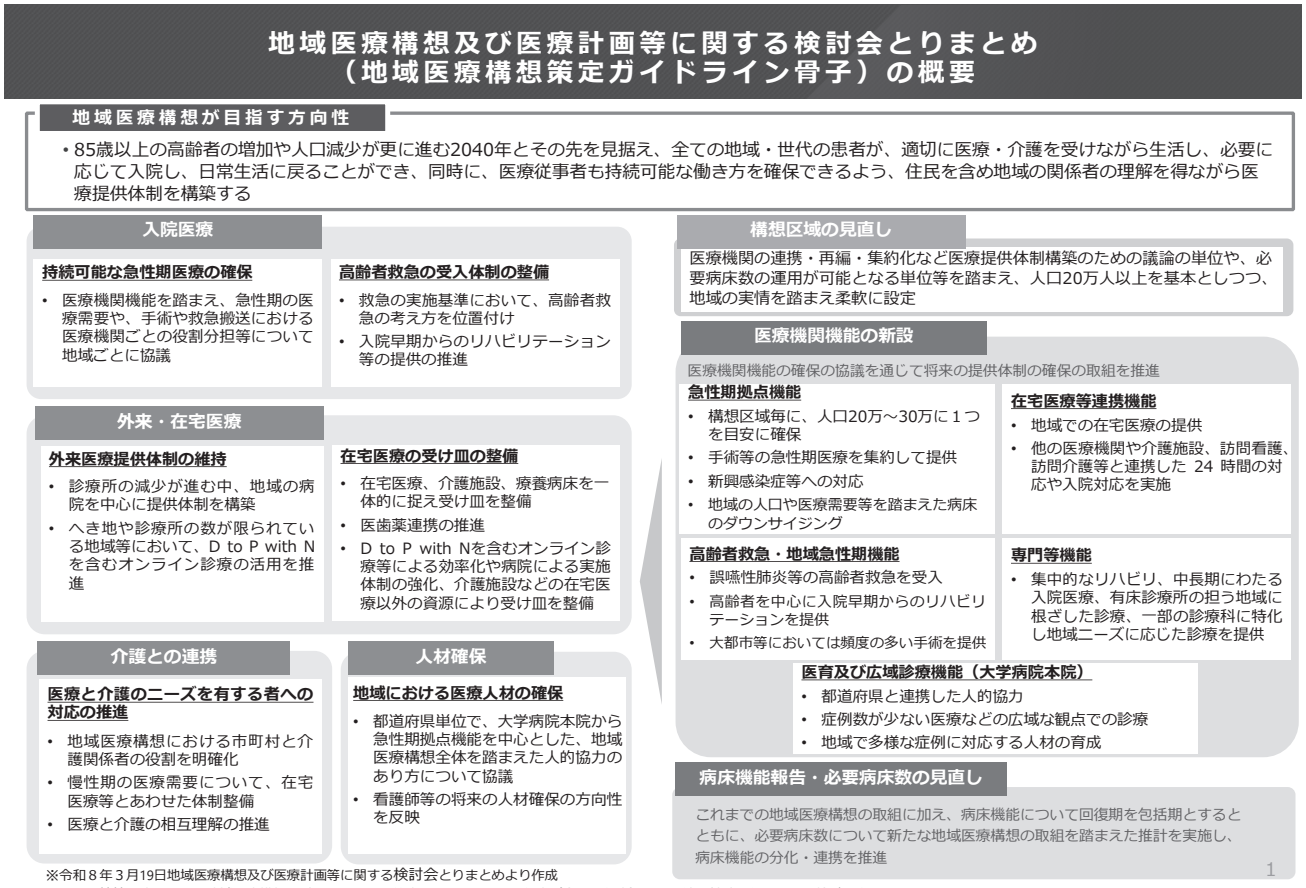
令和８年度診療報酬改定は、施設基準の見直しや各種加算の再編・新設を通じて、この新たな地域医療構想を後押しする仕組みとして位置付けられます。各医療機関は、自院が4つの機能――①急性期拠点機能、②高齢者救急・地域急性期機能、③在宅医療等連携機能、④専門等機能――のいずれを担うのか、明確な選択を迫られる局面に入っています。

はじめに

厚生労働省は、2026年から「新たな地域医療構想」を本格始動させる予定です。その概要を**図１**に示しました。

その最大の特徴は、従来の病床単位の分類から、**医療機関ごとの役割に着目した機能再編**へと転換する点にあります。そして、この方向性と軌を一にして進められたのが、令和８年度診療報酬改定です。

本稿では、国が示す長期的な政策ビジョンと、令和８年度診療報酬改定による短期的な財政誘導（経済的インセンティブ）との相互作用を整理し、今後の病院経営と地域医療提供体制に与える影響を考察します。



※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

図１　出典：第126回社会保障審議会医療部会（https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_72017.html）

１．急性期拠点病院への集約化

持続可能な急性期医療を確保するため、新たな地域医療構想では、従来の高度急性期・急性期といった病床区分から、医療機関ごとの役割に着目した４つの新たな機能分類への再編が目指されています。また、全国を一律に捉えるのではなく、都市部と地方部という２つの軸で医療提供体制を組み立て直そうとしている点も大きな特徴です。

区分	都市部（人口 20 万人超）	地方部（人口 20 万人未満）
目指す姿	**専門特化・集約化** ・急性期病院Ａ一般入院料、急性期総合体制加算１を取得する急性期拠点病院	**地域密着・多機能化（ケアミックス）** ・急性期病院Ｂ一般入院料、急性期総合体制加算５を取得する急性期拠点病院 ・もしくは高齢者救急・地域急性期病院
人材確保の課題	・「急性期」から「在宅・包括期・介護」への人材移行の難しさ ・給与水準や勤務条件を巡る地域内での引き抜き・人材争奪戦が激化	・医師や専門資格を持つ若者が都市部に集中しやすく、慢性的な求人難に直面 ・大学病院から医師派遣の引き上げ・縮小

令和８年度診療報酬改定では、この新たな機能分類と連動する形で、新点数の新設や既存評価の再編が行われました。

1-1.「急性期拠点機能」の具体化

高度な手術や24時間体制の救急医療を担う「急性期拠点」への集約を促すため、診療報酬上は高いハードルと手厚い評価が組み合わされています。

- **「急性期病院Ａ一般入院料」の新設**

  「救急搬送件数・年2,000件以上」「全身麻酔手術件数・年1,200件以上」など、厳格な実績要件が求められます。

- **「急性期総合体制加算」への統合**

  従来の総合入院体制加算と急性期充実体制加算が統合され、最上位区分は、急性期医療に特化した「急性期病院Ａ」を算定する病院に限定されます。これにより、ケアミックス病院からの脱却と機能分化が強く促されます。

今回の診療報酬改定では、人件費や物価の高騰の影響を大きく受けている急性期病院への配慮が厚くなっています。ただし、急性期拠点病院を財政的に維持するには、高い入院基本料や各種加算の取得が不可欠です。必要な施設基準を満たせない場合、再編や統合を進めなければ黒字化は難しくなると考えられます。

1-2. 人口20万人未満の地方中核病院への支援

新たな地域医療構想の議論の中で示された「人口20万～30万人に１か所程度の急性期拠点病院」という目安は、地方の医療機関に大きな衝撃を与えました。人口減少が進む地方では、多くの医療圏が今後「人口20万人未満」に入っていくためです。

これを踏まえ、令和８年度診療報酬改定では、人口20万人以下の地方都市やへき地で、地域医療の最後の砦となっている中核病院（中小病院やケアミックス病院を含む）が、閉院や機能不全に陥らないようにするための支援が組み込まれました。大都市圏における「大病院への集約化」とは対照的に、地方の実情に配慮した緩和・支援策が用意されています。

⑴「急性期拠点」要件の緩和

本来、新構想における「急性期拠点機能」を診療報酬上で評価するには、手術件数や救急搬送件数について厳しい数値基準を満たす必要があります。しかし、人口20万人未満の地域では、住民数そのものが少ないため、大都市と同じ実績基準を満たすことは困難です。

このため、実績要件を一定割合緩和する、あるいは医療圏内で特定の病院がその機能を担っている場合には、単純な数値基準だけで判断しない、といった地域特例が導入されました。狙いは、地方の中核病院が「実績不足」を理由に診療報酬上の評価を落とし、経営難に陥ることを防ぐことにあります。

具体的には、「急性期病院Ｂ」に「看護・他職種協働加算」を組み合わせることで、急性期病院Ａに近い水準の診療報酬を確保できる設計となっています。

⑵「総合診療」と「ケアミックス」機能の評価引き上げ

大都市圏では「専門特化・集約化」が進められる一方、人口20万人未満の地域では、１つの病院が内科、外科、高齢者救急、リハビリ、看取りまでを包括的に担う「地域密着型の総合多機能病院（ケアミックス）」でなければ、地域医療が成り立たない場面が少なくありません。

令和８年度診療報酬改定では、こうした地方の中核病院を支える評価が大幅に強化されました。高齢者の救急を幅広く受け入れ、リハビリを経て在宅へ戻す病棟の評価は細分化され、引き上げられています。

もっとも、こうした要件緩和によって、地方の中核病院がひとまず「減算」や「格下げ」の危機を免れたとしても、それは恒久策ではありません。人口減少がさらに進めば、緩和された基準であっても維持が難しくなる時期はいずれ訪れます。猶予のあるうちに、近隣病院との統合や病床数の削減（ダウンサイジング）に踏み切るかどうか、経営上の判断が求められています。

新たな地域医療構想が、人口20万人未満の地域に向けて発しているメッセージは明確です。すなわち、「大都市のように無理に専門特化・大規模化を目指すのではなく、地域全体を１つの病院とみなし、多機能な中核病院として地域を支えてほしい」ということです。令和８年度診療報酬改定は、この考え方に沿って、人口規模よりも「地域を守っている実績」そのものを評価する方向へ踏み出したといえます。

２．外来医療の機能分化・大病院との役割分担

新たな地域医療構想では、外来医療においても役

割分担を明確にし、大病院への患者集中を是正し、効率的な医療体制を築くことを目指しています。

・逆紹介の強力な推進

令和８年度診療報酬改定では、特定機能病院や紹介受診重点医療機関から地域のかかりつけ医への「逆紹介」を促すため、「特定機能病院等紹介患者受入加算」が初診料への加算（60点）として新設されました。

・医療機関間の情報連携の強化

病院の専門医と地域の診療所が共同で治療管理を行う場合を評価する「連携強化診療情報提供料」が見直され、すべての特定機能病院・許可病床数200床未満の病院等と診療所の双方が算定可能（３カ月に１回）となり、医療機関間の連携を促進する仕組みとなっています。

2-1. かかりつけ医機能の評価・地域医療の底上げ

身近な地域で質の高い継続的な医療を受けられるよう、かかりつけ医機能を果たす診療所への評価が拡充されています。

・多剤処方に対する適正使用の連携

地域包括診療加算等における「薬剤適正使用連携加算」の対象が拡大され、他の医療機関の外来に通院している患者と連携して処方を見直す取り組みなども新たに評価されるようになります。

2-2. 外来医師偏在対策との連動

新たな地域医療構想や医療計画における「外来医師過多区域（開業制限や指導が行われるエリア）」への対策とも足並みを揃えています。

・開業半年前の届出（令和８年４月施行の改正医療法）

外来医師過多区域での新規開業に対し、開業６カ月前に提供予定の医療機能等の届出を求める仕組みが2026年４月からスタートしています。これに対し、令和８年度診療報酬改定（６月施行）でもデータを活用した適切な実績評価（外来様式１の簡素化・新設など）を進め、地域に必要な医療機能が適切に提供されているかを可視化する方針が取られています。

３．急性期から在宅・介護へつなぐ回復期機能の拡大

新たな地域医療構想では、従来の回復期病床に高齢者救急の受け入れ機能を加え、包括期病床として位置付け直す方向が示されています。回復期リハビリテーション病棟や地域包括ケア病棟についても、「早期の在宅復帰」と「地域完結型医療」の実現を加速させるため、令和８年度診療報酬改定で重要な見直しが行われました。

従来、回復期病床は主としてリハビリテーションを提供する場として位置付けられてきました。しかし今回の改定では、リハビリを提供しながら、在宅や介護への移行を迅速に進める場へと、その役割がより明確に再定義されています。

3-1. 回復期リハビリテーション病棟の実績要件の厳格化

回復期リハビリテーション病棟では、単に入院させてリハビリを行うだけでなく、「どれだけ日常生活動作を改善し、早期に自宅へ戻せたか」が一段と重視されるようになりました。いわゆるアウトカム評価の厳格化です。

・実績指数（FIM利得）の基準引き上げ

病棟の区分（回復期リハビリテーション病棟入院料１～５）を左右する実績指数の認定ラインが全体として引き上げられました。これにより、長期入院を前提とするのではなく、短期間で集中的かつ効果的にリハビリを実施することが、経営上も強く求められます。休日リハビリテーション加算の新設も、この流れに沿うものです。

・重症患者受け入れ評価の見直し

急性期病院から、状態が十分に安定する前の重症患者を早期に受け入れる病院を、より高く評価する仕組みに見直されました。これにより、急性期病床の回転を速める「受け皿」としての機能が強化されています。

3-2. 地域包括ケア病棟の機能拡大

ケアミックス病院の中核を担う地域包括ケア病棟は、これまで「急性期からの下り搬送」の受け皿として活用される場面が多くありました。しかし新構想では、在宅や介護施設で急変した高齢者を直接受け入れる機能も担う病棟として位置付け直されています。

・自院の急性期病棟からの転床評価の見直し

同一病院内の急性期病棟から地域包括ケア病棟へ転床させる場合の評価が一部適正化される一方で、自宅や介護施設から直接入院させた場合の評価は手厚くなりました。

これは、地域包括ケア病棟に「高齢者救急・地域急性期機能」の一部を担わせ、地方において「高度急性期病院に搬送するほどではないが、入院治療は必要」という高齢者の医療を地域内で完結させることを狙った見直しといえます。

3-3. 在宅・介護への移行を支える連携ルールの強化

回復期から在宅へ戻る際、医療と介護の接続が不十分だと、患者の状態が悪化し、結果として寝たきりにつながるおそれがあります。これを防ぐため、退院後のリハビリやケアの計画を地域の介護保険サービス側と事前に共有する仕組みが、評価項目として新設・拡充されました。

・リハビリテーション実施計画書のデータ共有

病院で実施してきたリハビリ内容や、患者のADL（日常生活動作）に関する情報を、退院後に利用する訪問リハビリや通所リハビリテーション（デイケア）事業所へ、電子データなどで事前共有することが、加算要件または基本的なルールとして組み込まれました。

これは、病院での医療リハビリから、地域での介護リハビリへ切れ目なくつなぎ、在宅復帰後の生活を地域全体で支えるための仕組みです。

４．医療人材の確保と集約化の推進

新たな地域医療構想では、人口減少に伴う医療従事者不足への対応として、医師や医療資源の集約化が大きな柱となっています。令和８年度診療報酬改定では、医師確保が課題となっている診療科、とりわけ外科系診療科を中心に、地域医療を支えるための経済的インセンティブが強化されました。

4-1. 医師の確保と待遇改善、経営基盤の維持

・外科医療確保特別加算の新設

外科医の減少対策や勤務環境の改善を進めつつ、高度手術を担う基幹病院の体制を評価する仕組みです。要件として、特定機能病院入院基本料または急性期総合体制加算の届出に加え、当該診療科で５年以上の経験を有する常勤医６名以上の配置などが求められ、外科医の集約化を促す設計となっています。一方で、常勤医６名以上という要件は、中小規模病院にとってはハードルが高いものです。

・地域医療体制確保加算２の新設

若手医師が減少し、かつ医療提供体制の確保が必要とされる診療科――消化器外科、心臓血管外科、小児外科、循環器内科――の医師に対し、手当支給など特別な配慮を行う医療機関を評価するものです。従来の「地域医療体制確保加算１」を増点する形で新設されました。

・賃上げと物価高への対応

ベースアップ評価料の継続・拡充や、物価対応料の新設により、人材確保のための経営基盤維持、すなわち医療機関の倒産や過度な縮小の防止が図られています。

4-2. タスク・シフト／タスク・シェアの評価拡充

医師の負担を軽減するため、これまで医師が担ってきた業務を、看護師、薬剤師、医師事務作業補助者（クラーク）などへ移管・分担する仕組みの評価が大幅に強化されました。

・医師事務作業補助体制加算の増点

医師の書類作成を代行するクラークの配置に対する評価が引き上げられました。これにより、医師が本来の診療業務に集中できる体制を整えた病院ほど、入院医療の評価が高まる仕組みになっています。

・看護・多職種協働加算の新設

看護職員を含む多職種が病棟で協働し、専門的指導や診療補助を行う体制を評価されるようになっています。

4-3. 看護・介護人材の確保と効率化への転換

人口減少下で医療従事者の絶対数が不足するなか、今回の改定は、従来の「病棟ごとに人員を固定配置する」発想から、「処遇改善による離職防止」「テクノロジー導入による負担軽減」「地域全体での人材活用」へと重心を移しています。

⑴　賃上げ目標と夜勤手当への活用

看護師の離職防止と定着に向けて、大きな変更点となったのが、ベースアップ評価料の使途見直しです。

・夜勤手当への充当を容認

令和８年度診療報酬改定では、看護職員処遇改善評価料やベースアップ評価料による収入を、夜勤手当の増額に直接充てることが可能となりました。過酷な夜勤負担への処遇改善を通じて、夜勤が担える看護師を確保しやすくする狙いがあります。なお、令和８年度は3.2%、令和９年度にはさらに3.2%のベースアップが目標として示され、看護補助者については5.7%が掲げられています。

⑵　一時的人材不足への猶予措置

地方や中小病院で生じやすい急な退職や休職に対応するため、施設基準の運用が緩和されました。

・３カ月間の届出猶予

産休・育休や突然の離職などにより、看護要員数が一時的に基準（７対１、10対１など）を下回っても、１割以内の変動であれば３カ月間は施設基準変更の届出を要せず、直ちに減算ともならない扱いになりました。これは、「１人辞めたらすぐ病床を閉鎖しなければならない」といった現場の混乱を防ぎ、補充や再編を検討するための時間を確保する救済措置です。

⑶　看護補助者の評価強化によるタスク・シフト

看護師を本来の専門業務に集中させ、実質的な看護師不足を緩和するため、看護補助者（ケアワーカー）の確保・増員に対する評価が大きく強化されました。

・看護補助者の賃上げ目標は5.7%

看護師の3.2%を上回る賃上げ目標が示され、介護やサービス業との人材獲得競争に対応しようとしています。

・夜間配置の評価拡充

夜間における看護補助者の配置に対する評価が新設・拡充され、看護師の夜間業務負担を物理的に軽減する仕組みが強化されています。

もっとも、診療報酬で十分に補填されるのは3.2%分にとどまり、残る2.5%分の財源をどう確保するかという課題は残ります。医療機関には、DXによる業務効率化で生じた余力の活用や、職種間での配分見直しなど、経営面での判断が求められます。

⑷　地域全体での人材活用とへき地支援

新たな地域医療構想は、病院単独ではなく「地域完結型」の医療を掲げています。これに合わせて、専門性の高い看護師を地域で効率的に活用する仕組みづくりも進められています。

・特定行為研修修了者の在籍出向支援

医師のタスク・シフトを進めるため、一定の診療補助が可能な特定行為研修修了者を、離島やへき地の病院・診療所へ在籍出向させるモデル事業が予算化されました。

・訪問看護ステーションへの集約と夜間対応の強化

訪問看護でも、24時間対応や夜間・早朝の複数名訪問に対する評価が細分化・拡充され、地域在宅を支える看護師を、より機能的な大規模ステーションへ集約する方向が示されています。

5．在宅医療と訪問看護の体制強化

新たな地域医療構想が掲げる「地域完結型医療」の実現において、在宅医療と訪問看護は、急性期病床から地域へ移る高齢者を支える重要な受け皿です。

令和８年度診療報酬改定では、在宅と看護の現場が個々に分断して動くのではなく、地域一体のネットワークとして、24時間365日、看取りまで支えられる体制へ移行することが強く後押しされています。

5-1. 訪問看護ステーションの大規模化・集約化

小規模な訪問看護ステーションでは、夜間対応や24時間体制を維持することが難しいのが実情です。このため、今回の改定では、人員を集約し、チームとして24時間対応できる大規模ステーションを優遇する方向が鮮明になりました。

・24時間対応・複数名訪問の評価細分化

夜間や早朝の緊急訪問、あるいは医療依存度の高い患者への複数名訪問に対する評価が引き上げられ、内容も細分化されました。

・機能強化型訪問看護ステーションの要件厳格化と増点

24時間体制を持ち、地域の看取りや重症者を多く受け入れる大規模ステーションに対する報酬が手厚くなり、地域の看護資源を中核的なステーションへ集約する方向に誘導しています。

また、ターミナルケア件数や重症児の受け入れ実績について、各区分に応じた基準を満たす必要があります。

5-2. 在宅医療における医療DXの推進

在宅医療を担う医師や訪問看護師の移動時間、書類業務を減らし、実際のケアに充てる時間を増やすため、テクノロジー活用を後押しするインセンティブも導入されました。

・電子カルテ情報共有サービス活用の評価

在宅での診療情報や訪問看護記録を、地域の病院、ケアマネジャー、調剤薬局などとオンラインで共有する体制への加算が新設されました。これは、新たな地域医療構想の柱である医療DXを、在宅・看護の現場に浸透させるための措置であり、指示待ちによるタイムラグを減らし、看護師が現場で迅速に動けるよう支えるものです。

・医療依存度の高い患者の在宅移行支援

高度急性期病院における治療を終えた後も、人工呼吸器管理や胃ろう管理、終末期がんへの対応など継続的な医療的ケアを必要とする患者について、在宅医療の受け入れ体制を強化するため、診療報酬上の評価が拡充されました。

・在宅ターミナルケアマネジメントの強化

自宅での看取りを支える医療機関や訪問看護事業所に対する診療報酬上の評価が充実し、在宅における終末期医療の推進が図られています。

5-3. 医療的ケア児・重症患者に対する訪問看護の評価の見直し

小児在宅医療や、難病・精神疾患を有する患者への訪問看護について評価体系が見直されました。これにより、従来は病院中心の支援が必要であった患者についても、在宅医療と訪問看護が連携して支える体制の整備が進められています。

5-4. 病院から在宅への橋渡しの強化

新たな地域医療構想では、病院と在宅の切れ目のない連携、すなわち「在宅医療等連携機能」が重視されています。これを財政面から支えるため、病院側と在宅側が患者情報を引き継ぐ際のカンファレンスや調整機能に対する評価も強化されました。

6．救急医療体制の強化

今後増加が見込まれる85歳以上の高齢者の救急需要を見据え、令和８年度診療報酬改定では、受け入れから後方支援病院、在宅、介護施設までを切れ目なくつなぐ体制への評価が明確化されました。

⑴　救急搬送時・急変時における前方・後方連携の評価

地方の中核病院（ケアミックス病院を含む）と地域の診療所・かかりつけ医との双方向の連携を強化する観点から、患者の状態に応じた受け入れ・転院の流れが報酬上も後押しされています。

・ポストアキュートの評価引き上げ

高度急性期病院での治療を終えた患者を、地

域包括ケア病棟や療養病棟が円滑に受け入れる連携について、評価の維持・強化が図られました。

・サブアキュートの評価新設・拡充

在宅療養中の高齢者が急変した際、かかりつけ医の要請を受けて地域の中核病院が速やかに入院を受け入れる体制について、新設・増点により評価が手厚くなりました。地域包括医療病棟や救急患者急性期受入加算などは、その具体例といえます。

⑵　救急外来受診患者への対応評価の拡大

評価対象は救急搬送患者にとどまらず、ウォークインを含む救急外来受診患者へも広がっています。これにより、地域の救急需要に幅広く対応する医療機関の役割が、より適切に反映されるようになりました。

・夜間休日救急医学管理料

従来の時間帯要件が見直され、診療時間外に搬送された救急患者への対応も評価対象に含まれることとなりました。

・救急搬送医学管理料

時間外におけるウォークイン患者など、救急外来受診患者への対応についても、従来以上に評価が及ぶ仕組みへと改められました。

⑶　搬送元医療機関の評価

患者を受け入れる側だけでなく、適切な医療機関へ安全に搬送する側の役割についても、新たに評価が加えられています。

・救急患者連携搬送料

入院中の患者、または入院外の患者を、医師、看護師、救急救命士などが同乗して搬送する場合の評価が新設され、搬送時の医療的関与が報酬上も位置付けられました。

7．医療機関間の連携強化

国は、病院が患者を自院内で抱え込むのではなく、地域全体で一人の患者を引き継ぎながら支える体制の構築を進めています。令和８年度診療報酬改定では、そのための会議、情報共有、共同診療に対し、従来よりも踏み込んだ新設・拡充が行われました。

7-1．入退院時の「バトンタッチ」を支える評価の拡充

急性期から回復期、あるいは在宅へと移行する局面は、医療事故やケアの中断が生じやすい場面でもあります。このため、患者情報の引き継ぎを円滑に行うための連携報酬が強化されました。

・退院時共同指導料の要件緩和と増点

入院中の病院スタッフと、退院後を担う在宅医、訪問看護師、ケアマネジャーなどが共同で指導やカンファレンスを行う際の評価です。令和８年度改定では、オンライン会議システムの活用要件が実務に即して緩和され、多職種が参加しやすい運用へと見直されました。

・地域包括医療病棟等における早期退院・在宅連携の加算

急性期病棟から地域の在宅医療機関や訪問看護ステーションへ、退院後速やかに情報提供を行う体制について、新設・拡充により評価が強められました。

7-2．地域医療連携推進法人等によるグループ連携への後押し

新たな地域医療構想では、地域内の複数病院が一つのグループのように役割分担し、効率化を図る枠組みが重視されています。地域医療連携推進法人などを念頭に置いた報酬設計も、その方向性を支えるものです。

・標準入退院ルールを運用する病院への評価

地域の連携病院間で、疾患ごとに回復期への移行時期や在宅復帰の目安を共有する標準入退院ルール（地域連携パス）を運用している場合、入院基本料の加算や紹介・逆紹介の評価において有利となる設計が採られています。

・法人内・グループ内における人材融通の施設基準緩和

これまで厳格であった医師や看護師の専従・専任要件について、連携推進法人内での派遣や共同利用である場合には、施設基準を維持しながら柔軟に人員を融通できるよう運用が緩和されました。これにより、実質的な減算リスクの軽減が図られています。

８．医療DXの推進

医療DXは、新たな地域医療構想が目指す医療機関相互の連携と業務効率化を支える基盤です。そのため令和８年度診療報酬改定では、DXへの投資やシステム導入を単なるコストで終わらせず、導入と活用に応じて報酬上のメリットが得られる仕組みが整えられました。

8-1．電子的診療情報連携体制整備加算の評価

医療機関全体のDX体制を評価する「医療DX推進体制整備加算」と「医療情報取得加算」が廃止され、新たに「電子的診療情報連携体制整備加算」が設けられました。これは、外来・入院の各場面で安定的な収入につながる項目です。DX投資を経営的に支える原資としての性格が強いといえます。

・基本点数への上乗せ

マイナ保険証の利用率、電子処方箋の導入、電子カルテ情報共有サービスの活用など、国が示す基準を満たす医療機関では、初診時や月１回の再診時、入院時などに所定点数の上乗せが可能となります。患者数に応じた安定的な還元が見込めるため、初期投資や運用コストの回収

を後押しする仕組みと位置付けられます。

8-2. 在宅医療・訪問看護におけるデータ連携の評価

今回の改定では、DXのメリットが外来・入院にとどまらず、在宅医療や訪問看護の現場にも広げられました。

・在宅医療等における情報共有加算

在宅医や訪問看護師が、クラウドや電子カルテ情報共有サービスを通じて、患者のバイタル、処方内容、処置情報などをリアルタイムに共有・閲覧した場合の評価が新設・拡充されました。電話やFAXによる確認作業を減らしつつ、情報共有そのものが報酬上も評価される構造となっています。

8-3. 電子カルテ情報共有サービス活用による紹介・逆紹介の促進

新たな地域医療構想の中核である「急性期から回復期・在宅へのリレー」を円滑に進めるうえで、電子カルテ情報を受け渡す仕組みへの評価も強化されました。

・診療情報提供料へのDX加算

紙の紹介状に代えて、国の電子カルテ情報共有サービスを通じて、検査データや退院サマリーをデジタル送信・共有した場合、診療情報提供料に上乗せ評価が行われます。紹介元と紹介先の双方に、診療の効率化と報酬上のメリットが生じる設計です。

・情報共有体制に対する加算の拡充

検査結果、処方内容、退院時サマリーなどを、地域医療連携ネットワークや国の共有システムを通じてリアルタイムに共有・閲覧できる体制を有する医療機関に対し、基本点数への上乗せが新設・強化されました。

8-4. 医療DXによる事務負担軽減の評価

働き方改革を進めるうえでは、単に労働時間を短縮するだけでなく、不要な業務を減らし、生産性を高める視点が欠かせません。今回の改定では、医療DXがその有力な手段として位置付けられています。

・書面・FAX・電話依存の軽減を促すインセンティブ

電子処方箋の導入や電子カルテ情報共有サービスの活用により、紹介状の転記、薬局からの疑義照会への電話対応、カルテの二重入力といった診療外の事務作業を減らすことが可能になります。報酬上のメリットを得ながら、残業や過重労働の抑制にもつなげる構図が意識されています。

医療DXがもたらす経営上の利点は、診療報酬として直接得られる加算だけではありません。人件費や事務コストといった固定費の圧縮につながる点にも大きな意味があります。病院、診療所、薬局、訪問看護の間で患者情報を共有するための報酬体系が整備されたことで、DX導入の有無が経営に与える影響は今後さらに大きくなると考えられます。

もっとも、賃上げや物価高騰により経営環境が厳しさを増す地方病院や中小病院では、高度なDX投資に踏み出す財政的余力が乏しいという課題も残されています。

おわりに

新たな地域医療構想と令和８年度診療報酬改定は、それぞれ別個の制度改正ではなく、相互に連動しながら地域医療提供体制の再編を進める一体の政策として理解する必要があります。

都市部では、急性期機能の専門特化と集約化が一層進み、地方では、多機能な中核病院を軸とした地域完結型の体制づくりが求められます。また、回復期、在宅、訪問看護の各分野では、単なる役割分担にとどまらず、医療と介護、病院と在宅、多職種間の接続をいかに滑らかにするかが問われています。

さらに令和８年度診療報酬改定では、「自院でどれだけ多くの検査や治療を行ったか」という自院完結型の評価から、「他院とどれだけ円滑に情報共有し、患者を次の段階へつないだか、あるいは受け止めたか」という地域完結型の評価へ、軸足が大きく移りつつあります。

各医療機関にとって重要なのは、自院がどの機能を担い、地域の中でどの位置を占めるのかを明確にしたうえで、その役割に応じた体制整備を進めることです。2040年を見据えた医療提供体制の再編が進むなか、令和８年度診療報酬改定は、そうした選択を先送りできない段階に入ったことを示しています。今後の病院経営と地域医療の持続可能性は、この変化をどう受け止め、どのように具体的な戦略へ落とし込むかにかかっているといえるでしょう。

参考資料

１．新たな地域医療構想策定ガイドライン、令和７年度医療政策研修会（令和８年３月１７日）資料、https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000194369.html

２．令和８年度診療報酬改定について―厚生労働省、https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_67729.html

３．第126回社会保障審議会医療部会資料、https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_72017.html