

週刊WEB

医業 経営

MAGA
ZINE

Vol.886 2025.9.16

医療情報ヘッドライン

「睡眠障害」を標榜診療科に追加へ
専門部会を17年ぶりに開催

▶厚生労働省 医道審議会医道分科会診療科名標榜部会

9月19日開始のスマホ保険証、不具合時は
マイナポータル画面での資格確認も可能に

▶厚生労働省 中央社会保険医療協議会総会

週刊 医療情報

2025年9月12日号

診療報酬の人員配置緩和求める意見
相次ぐ

経営TOPICS

統計調査資料

医療施設動態調査
(令和7年6月末概数)

経営情報レポート

地域医療構想における機能と連携
かかりつけ医の新たな役割

経営データベース

ジャンル: 労務管理>サブジャンル: 求人・採用
労働契約書等の書類、文書の保存期間
入職日の設定

発行: 税理士法人KJグループ

「睡眠障害」を標榜診療科に追加へ 専門部会を17年ぶりに開催

厚生労働省 医道審議会医道分科会診療科名標榜部会

厚生労働省は、9月4日に医道審議会医道分科会診療科名標榜部会を開催。医療機関が広告できる診療科（標榜診療科）に「睡眠障害」を追加する検討を開始した。具体的には「睡眠障害内科」「睡眠障害精神科」として用いられることになる可能性が高い。

標榜診療科を追加するには、「医学医術に関する学術団体及び医道審議会の意見を聴かなければならない」と医療法で定められていることから、診療科名標榜部会が開催されたことは、「睡眠障害」が新たな標榜診療科として認められる公算が大きいことを意味する。同部会の開催は、2008年に標榜診療科の枠組みが見直されてから17年ぶり。来年3月までにあと2回の会合を開催し、議論をとりまとめたうえで今年度中にパブリックコメントの募集を経て改正法令を公布・施行する見通しだ。

■日本の睡眠時間は世界最短水準

医療機関の看板やWebサイトなどで広告できる診療科の名前は、医療法によって規制されている。政令で定められたもののみを名乗ることができ、「単独で標榜可能な診療科名」もしくは「単独で標榜可能な診療科名と組み合わせることができる診療科名」から選ばなくてはならない。

単独で標榜可能な診療科名は、現在「内科」「外科」「精神科」「皮膚科」など20種類で、「呼吸器」「消化器」「循環器」などの身体・臓器の名称か「女性」「小児」など患者の年齢や性別などの特性、「整形」「形成」「美容」などの診療方法の名称、「感染症」

「腫瘍」「糖尿病」など症状や疾患の名称と組み合わせることが可能だ。「呼吸器内科」「小児皮膚科」「整形外科」「美容皮膚科」「糖尿病内科」などがよく使われているのはこのルールがあるためで、だからこそ前述のように具体的な診療科名としては「睡眠障害内科」「睡眠障害精神科」が想定される。

睡眠障害が標榜診療科に追加されることになった理由の1つは、今年4月に日本睡眠学会が厚労省へ「標榜診療科名についての要望」を提出したことだ。同学会理事長の内村直尚氏がこの日の部会で公開した資料によれば、OECD（経済協力開発機構）の調査で日本人の平均睡眠時間が各国平均より1時間以上短く、加盟33カ国で最短であることや、2019年の国民健康栄養調査で日本人の5人に1人が睡眠の問題を抱えていることが判明したことなどを提示し、糖尿病や心疾患、認知症、うつ病などのリスクが高いため医療費増大につながると指摘。適切な医療にアクセスしやすくするためにも、標榜診療科への追加が望ましいと訴えた。

■「総合診療科」も近く追加される見通し

なお、この日の部会では「総合診療科」の追加に向け、厚労省が「総合診療に関連する学術団体等に検討を依頼している」ことも明らかにされた。これは、2024年6月に閣議決定された「規制改革実施計画」などで、「総合診療科」を標榜診療科に追加することを検討するよう求めたことを受けてのもので、近いうちにこちらの追加も認められる可能性があるという。

9月19日開始のスマホ保険証、不具合時はマイナポータル画面での資格確認も可能に

厚生労働省 中央社会保険医療協議会総会

福岡資麿厚生労働相は、8月27日に中央社会保険医療協議会へ「スマートフォンでのマイナ保険証の利用開始に伴う資格確認方法の所要の見直しについて」と題した諮問書を提出。9月19日からスマートフォンでのマイナ保険証の利用が開始されるに伴い、スマートフォンのマイナンバーカードが読み取れずに資格確認ができなかった場合は、患者がその場でマイナポータルにログインして表示された資格情報の画面を提示することで資格確認が行えるようにすることを諮問し、了承された。医療機関は、患者がマイナポータル画面で資格情報を提示すれば資格確認が可能であることを受付に周知する必要があるとそうだ。

■汎用カードリーダーは申請不要で補助が適用

マイナンバーカード機能のスマートフォン搭載は、2023年5月にAndroid端末で開始された。今年6月24日にiphoneでの利用が開始されたことを受け、マイナンバーカードと保険証が一体化した「マイナ保険証」の機能を医療機関や薬局で利用する実証事業を7月1日から実施した。

実証事業は7月1日～7月18日と8月4日～8月15日の2回行われ、期間中にスマートフォンで資格確認を行ったのは321人だった。「大きな支障なく資格確認を実施できることが確認された」ため、9月19日から「スマートフォンでのマイナ保険証の読み取りに関するオンライン資格確認システムの機能を開放」した。環境が整った医療機関、薬局では「スマホ保険証」の対応が可能になる。

なお、医療機関・薬局が環境を整えるには、「顔認証付きカードリーダーに対応した汎用カードリーダー」を購入し、「汎用カード

リーダーと資格確認端末（PC）との接続」を行う必要がある。

補助を利用した「顔認証付きカードリーダーに対応した汎用カードリーダー」の購入は、8月29日にECサイト（Amazonビジネス）の専用ページから行う。各医療機関・薬局向けに発行されたクーポンを利用することで、申請手続きをせずに1/2補助（補助上限7,000円）で購入可能だという（キヤノンマーケティングジャパン製の顔認証付きカードリーダーを導入している場合、汎用カードリーダーの設置は不要）。なお、「汎用カードリーダーと資格確認端末（PC）との接続」をする際、システム改修や顔認証付きカードリーダーの買い替えは不要だ。

■厚労相「未対応医療機関でも10割負担にならないよう」

マイナ保険証の利用率は上昇を続けており、今年6月には初めて30%を突破（30.64%）。7月には31.43%となった。

スマホ保険証が実現したことで今後さらに利用率が上がるが見込まれる。

他方で、「汎用カードリーダー」の導入が必要となるなど、環境整備には一定の時間がかかることも想定される。福岡資麿厚生労働相は、9月2日の大臣会見で「スマホ未対応の医療機関にスマホだけを持って行かれた場合にも、10割負担とならないようなオペレーション等の在り方等について、対応について検討を進めてまいりたい」と発言し、想定外の事態にも柔軟な対応をする意向を示しており、今後事務連絡などで随時対応していく可能性がありそうだ。

医療情報①
 社会保障審議会
 医療部会

診療報酬の人員配置緩和求める 意見相次ぐ

社会保障審議会の医療部会は4日、2026年度に行われる診療報酬改定の基本方針の取りまとめに向けて議論を始め、医療DXを診療報酬で促すのと並行して人員配置の緩和を求める意見が病院団体の委員から相次いだ。

その中で、神野正博委員（全日本病院協会会長）は「国が言う『医療DX』だけでなく、われわれは働き方改革や医療の質（改善）、安全（確保）のためにもDXを導入していかななくてはならない」と述べ、それへのインセンティブとして診療報酬の人員配置の緩和を求めた。伊藤伸一委員（日本医療法人協会会長）は「人員配置基準を緩和していただかないと医療DXを行うことの意味がない」と述べた。

岡俊明委員（日本病院会副会長）は、持続可能な医療体制を整備するために医療DXの推進は不可欠なものの、病院のコスト負担が大きいことを指摘し、評価の充実を求めた。岡委員はまた、「（診療報酬の）専従要件があまりに多過ぎる。（ICTの活用や医療DXを進めて）業務を効率化しても、それを生かせない」とも訴えた。山本修一委員（地域医療機能推進機構理事長）は「医療需要は増えるのに医療従事者は減っていく中で、そこ（のギャップ）を埋めるのが医療DXではないのか。今よりも少ない人手で、今と同じかそれ以上の医療サービスを提供できるような後押しをこそ（国に）是非していただきたい」と求めた。

診療報酬改定の基本方針は、社保審の医療部会と医療保険部会が並行して議論する。医療保険部会は26年度の基本方針の議論を8月に始めていて、医療部会も議論をキックオフさせた。2つの部会は基本方針をいずれも5回程度議論し、12月上旬の取りまとめを目指す。

●日医委員「診療所の収支も悪化の一途」

4日の意見交換では、医療機関の経営の厳しさを指摘する声も医療団体の委員から相次いだ。

黒瀬巖委員（日本医師会常任理事）は「診療所の収支状況も病院と同様、悪化の一途をたどっている。四半期ごとの収支統計を取ると2023年度の初頭から8四半期連続で利益率が顕著に低下している」と指摘し、初・再診料や入院基本料など基本診療料の大幅な引き上げを訴えた。また、山本委員は「何でもかんでも救えというのは、今の国の財政を考えると難しいのは承知している」と述べ、経営の効率化や医療の集約化に取り組み、地域の医療ニーズに確実に応える医療機関が存続できる対応を求めた。

一方、佐保昌一委員（連合総合政策推進局長）は、医療保険の財源に限りがあるため、医療従事者の継続的な処遇改善に重点を置くなどめりはりの利いた対応を主張した。米川孝委員（健康保険組合連合会副会長）は、長期収載品の選定療養の強化やOTC類似薬への給付の見直しなど薬剤給付の効率化も医療部会で議論するよう呼び掛けた。

医療情報②
厚生労働省
検討会

医療安全管理者を医療法上で明記へ

厚生労働省は3日の検討会で、医療安全管理者を医療法上で位置付ける方針を示した。医療機関での医療安全管理体制の強化につなげたい狙いだ。医療安全管理者は現在、厚労省が策定した医療安全管理者の業務指針や養成のための研修プログラム作成指針での規定にとどまる。医療安全管理者について同指針によると、「医療機関の管理者から安全管理のために必要な権限の委譲と、人材、予算およびインフラなど必要な資源を付与されて、管理者の指示に基づいて、その業務を行う者」と定義。法的根拠がなく、医療機関によって付与されている権限や担う役割は異なっているのが実情だ。

全国の医療機関を検索できる「医療情報ネット（ナビイ）」によると、8月21日時点で医療安全管理者を配置している病院は7,192病院で、登録している病院の94.6%に上る。

一方で、適切な研修を修了した医療安全管理者の配置を施設基準としている「医療安全対策加算」の1、2いずれかを届け出ている病院は4,118病院で、全国の病院の51.4%にとどまり、登録病院との間に大きな隔たりがある。高宮眞樹構成員（日本精神科病院協会医療安全委員会相談役）は「適切な研修を必ずしも受けていないにもかかわらず、『医療安全管理者』と位置付けている病院が存在することになる」と検討会で指摘した。

また、医療安全管理者は看護師など医師以外が担っていることもある。井本寛子構成員（日本看護協会常任理事）は、「院内でヒアリング調査などを実施する際に、医師の協力を求める上で法的な裏付けが大事になる」と話した。

一方で、医療安全管理者の権限や役割が病院によって異なる現状を踏まえ、「全国一律に権限や機能を定めるのは適切ではない」と米村滋人構成員（東京大大学院法学政治学研究科教授）は指摘。木下正一郎構成員（きのした法律事務所弁護士）は「いきなり人的、物的リソースを病院に課すのは問題がある」など消極的な意見も目立った。

この日の「医療事故調査制度等の医療安全に係る検討会」では、今後進める議論の方向性を提示。論点として、以下の5つを挙げた。

- ▼医療安全管理委員会で把握すべき重大事象の類型化
- ▼報告分析、改善策立案の質向上
- ▼重大事象への対応を含む管理者によるガバナンス強化
- ▼改善策への取り組みの強化
- ▼外部からの支援

週刊医療情報（2025年9月12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。

医療施設動態調査 (令和7年6月末概数)

厚生労働省 2025年8月29日公表

病院の施設数は前月に比べ 11施設の減少、病床数は 1450床の減少。
 一般診療所の施設数は 40施設の増加、病床数は 573床の減少。
 歯科診療所の施設数は 54施設の減少、病床数は 増減なし。

1 種類別にみた施設数及び病床数

各月末現在

	施設数		増減数		病床数		増減数
	令和7年6月	令和7年5月			令和7年6月	令和7年5月	
総数	179 149	179 174	△ 25	総数	1 527 402	1 529 425	△ 2 023
病院	8 011	8 022	△ 11	病院	1 458 256	1 459 706	△ 1 450
精神科病院	1 052	1 054	△ 2	精神病床	313 806	314 173	△ 367
一般病院	6 959	6 968	△ 9	感染症病床	1 949	1 949	-
療養病床を有する病院(再掲)	3 304	3 310	△ 6	結核病床	3 432	3 432	-
地域医療支援病院(再掲)	707	708	△ 1	療養病床	266 228	266 803	△ 575
				一般病床	872 841	873 349	△ 508
一般診療所	105 399	105 359	40	一般診療所	69 086	69 659	△ 573
有床	5 213	5 240	△ 27				
療養病床を有する一般診療所(再掲)	385	391	△ 6	療養病床(再掲)	3 631	3 682	△ 51
無床	100 186	100 119	67				
歯科診療所	65 739	65 793	△ 54	歯科診療所	60	60	-

2 開設者別にみた施設数及び病床数

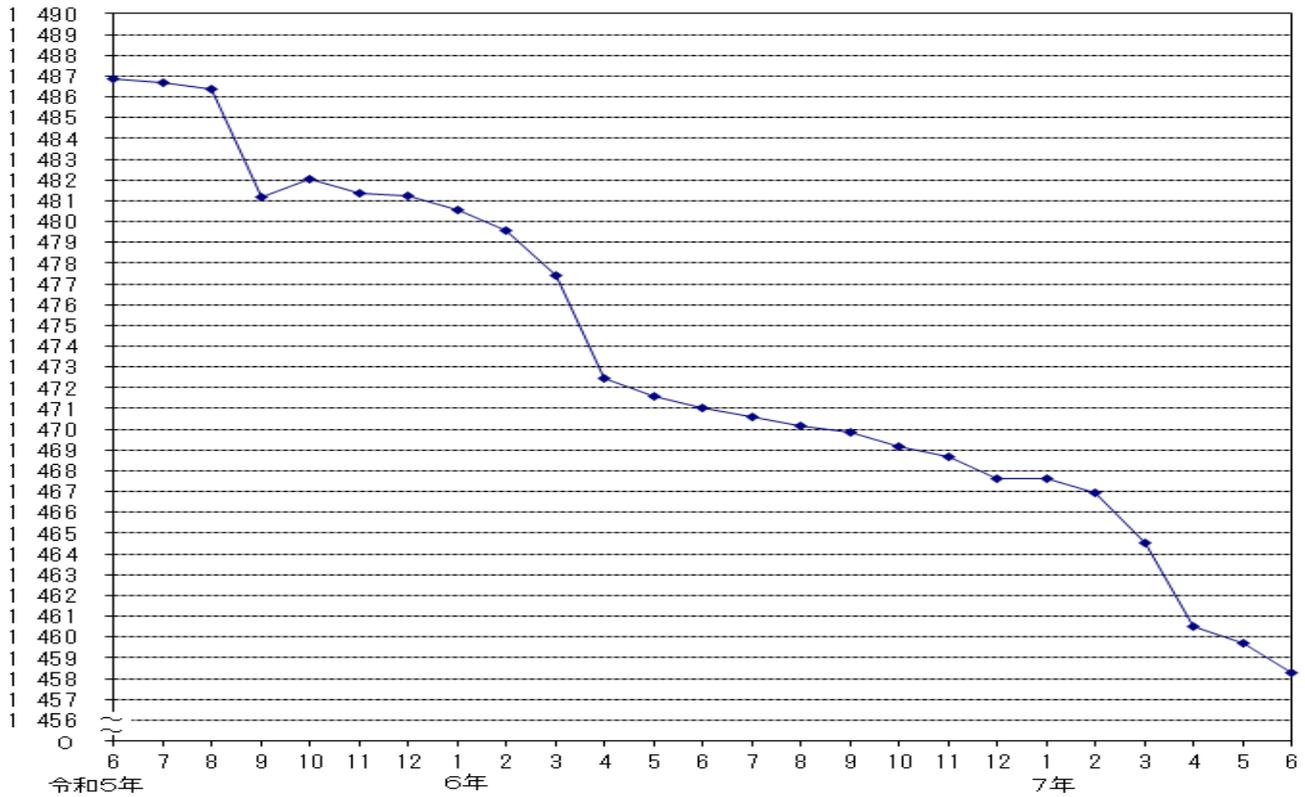
令和7年6月末現在

	病 院		一般診療所		歯科診療所
	施設数	病床数	施設数	病床数	施設数
総数	8 011	1 458 256	105 399	69 086	65 739
国 厚生労働省	14	3 649	19	-	-
独立行政法人国立病院機構	140	51 373	-	-	-
国立大学法人	47	32 541	146	-	-
独立行政法人労働者健康安全機構	32	11 432	-	-	-
国立高度専門医療研究センター	6	2 914	-	-	-
独立行政法人地域医療機能推進機構	57	14 953	5	-	-
その他	21	4 495	380	2 162	4
都道府県	180	43 573	217	163	8
市町村	581	114 936	2 866	1 851	233
地方独立行政法人	139	53 568	35	17	-
日赤	90	33 360	201	19	-
済生会	83	21 768	58	10	1
北海道社会事業協会	7	1 538	-	-	-
厚生連	95	28 781	63	25	-
国民健康保険団体連合会	-	-	-	-	-
健康保険組合及びその連合会	6	1 367	254	-	2
共済組合及びその連合会	40	13 183	130	-	3
国民健康保険組合	1	320	14	-	-
公益法人	177	43 103	449	117	81
医療法人	5 592	822 012	48 270	54 966	17 325
私立学校法人	112	55 411	194	38	14
社会福祉法人	202	33 436	10 536	351	40
医療生協	78	13 002	285	160	50
会社	23	7 185	1 420	7	13
その他の法人	204	42 463	1 585	345	228
個人	84	7 893	38 272	8 855	47 737

参 考

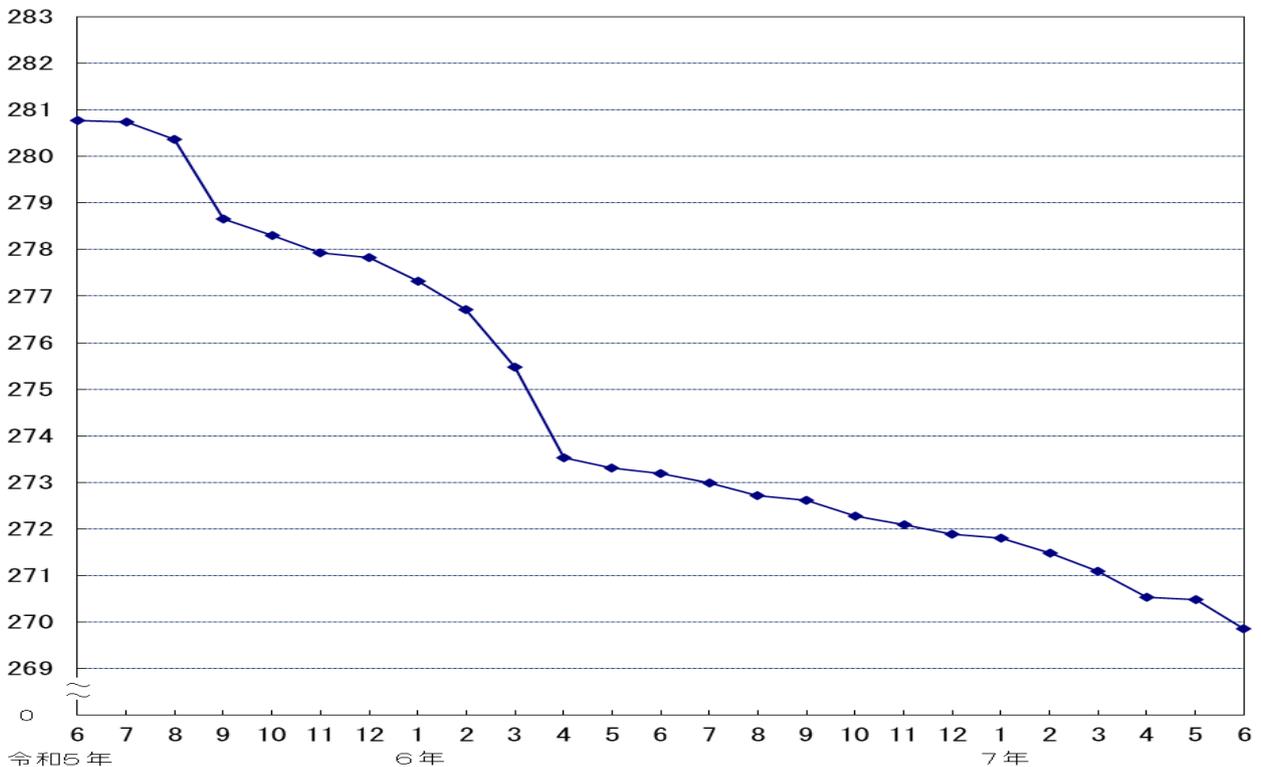
病床（千床）

病院病床数



病床（千床）

病院及び一般診療所の療養病床数総計



医療施設動態調査（令和7年6月末概数）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



医 業 経 営

地域医療構想における機能と連携 かかりつけ医の 新たな役割

1. 我が国の医療課題とかかりつけ医の役割
2. 新制度による医療の「見える化」
3. 地域医療連携の先進事例
4. 2040年を見据えた新たな未来構想



参考資料

【厚生労働省】令和5(2023)年受療行動調査(概数)の概況、紹介受診重点医療機関について、紹介受診重点医療機関について、医療機能情報提供制度について、かかりつけ医機能に関する事例集 他

1

医業経営情報レポート

我が国の医療課題とかかりつけ医の役割

我が国は今、医療のあり方を根本から見直す大きな転換期を迎えています。その中心にあるのが、「かかりつけ医」の役割強化と、「地域医療構想」という未来の設計図です。これまでの日本では、「風邪をひいても、ちょっとした怪我でも、まずは大きな病院へ」という「病院完結型」の医療が主流でした。これによって、大病院には多くの患者が集中し、長い待ち時間や、医師一人当たりの過重な負担といった問題が深刻化しています。

また、高齢化に伴い、一人の患者が複数の慢性疾患を抱えるケースが増え、それぞれの専門科を個別に受診することで、かえって治療の全体像が見えにくくなるという弊害も生まれています。こうした課題に対応するため、国が目指しているのが「地域完結型」の医療体制、すなわち「地域医療構想」です。

本レポートでは、「かかりつけ医」が具体的にどのような役割を担い、「地域医療構想」が私たちの暮らしにどう影響を与えるのか、具体的に解説していきます。

■「かかりつけ医」の定義

「かかりつけ医」と聞くと、「近所の優しいお医者さん」といったイメージを抱くかもしれませんが、国がこれから目指す医療体制における「かかりつけ医」の役割は、それだけにとどまりません。厚生労働省は、かかりつけ医を「健康に関することをなんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要な時には専門医、専門医療機関を紹介してくれる、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師」と定義しています。これにより、単に病気を診断し治療するだけでなく、患者の生活背景までを理解し、健康に関するあらゆる相談に応じる「プライマリ・ケア」（病気や怪我をした時に最初に受ける医療）の担い手としての役割が期待されています

◆かかりつけ医に期待される役割

- 日常的な診療と健康管理：風邪などの急な病気から、高血圧や糖尿病といった慢性疾患の継続的な管理まで、幅広く対応する。
- 多職種連携のハブ機能：地域の病院、歯科、薬局、訪問看護ステーション、ケアマネジャー、介護施設などと連携し、患者を中心としたチーム医療の中核となる。
- 在宅医療の提供：通院が困難になった患者に対して、訪問診療や往診を行い、住み慣れた自宅での療養を支える。
- 予防医療と健康相談：健康診断や予防接種の実施・勧奨、生活習慣に関するアドバイスなど病気になる前の段階から住民の健康をサポートする。

2

医業経営情報レポート

新制度による医療の「見える化」

これまで曖昧だった「かかりつけ医」の機能が、新制度によって「見える化」されます。それが「かかりつけ医機能報告制度」です。

各医療機関がその機能を明確にすることで、患者は自分に合った医療を主体的に選びやすくなります。そこで本章では、この新制度の具体的な内容と、それがもたらすメリットについて解説していきます。

■ かかりつけ医機能報告制度の概要

「かかりつけ医機能報告制度」とは、地域にある全ての病院や診療所が、自院の持つ「かかりつけ医機能」について、その有無や具体的な内容を年1回、都道府県知事に報告することを義務付ける制度です。これまで漠然としていた「かかりつけ医」の役割を、具体的な機能として「見える化」し、地域医療の基盤強化を目的としています。

この制度は、患者の自由な医療機関選択（フリーアクセス）を制限するものではなく、むしろ、豊富な情報に基づいて、より自分に合った医療機関を主体的に選べるようにするための仕組みです。

◆ 報告が求められる「かかりつけ医機能」の3要素

- ① 日常的な診療を総合的かつ継続的に行う機能
 - ・ 幅広い疾患・症状への対応（初診、トリアージ）
 - ・ 慢性疾患の継続的な管理、重症化予防
 - ・ 患者の受診情報の一元的な把握と服薬管理（ポリファーマシー対策）
- ② 地域における医療・介護の連携機能
 - ・ 休日・夜間における対応（自院での対応、連携医療機関との輪番制など）
 - ・ 在宅医療・訪問診療の提供
 - ・ 地域の専門医療機関や介護サービス事業者（ケアマネジャー等）との連携
- ③ 患者・住民の相談等に対応する機能
 - ・ 健康診断や予防接種に関する相談・実施
 - ・ 保健・福祉サービスに関する相談対応
 - ・ 患者への分かりやすい情報提供と、治療計画に関する説明

出典：厚生労働省「かかりつけ医機能の確保に関するガイドライン」等を基に作成

各医療機関は、これらの機能のうち、自院が対応している項目について国のシステムを通じて報告します。報告された情報は都道府県によって集約され、後述する「医療機能情報提供制度」のウェブサイトなどを通じて、住民や患者に広く公表されることとなります。

3

医業経営情報レポート

地域医療連携の先進事例

本章では、我が国が目指す「地域完結型」医療を実現している、全国の先進的な連携事例を取り上げます。これらの事例分析を通して、未来の「かかりつけ医」と医療ネットワークを構築する上で不可欠となる視点を明らかにします。

■ クリニック間の連携(グループ診療)事例

一人の医師、一つのクリニックで24時間365日、全ての医療ニーズに応えることには限界があります。特に、医師の高齢化や後継者不足が課題となる地域では、医師個人の献身に頼らざるを得ないのが現状です。そこで注目されているのが、複数のクリニックが連携して一つの大きな診療所のように機能する「グループ診療」という考え方です。

その代表例が、北海道の「北海道家庭医療学センター（HCFM）」です。これは、個々のクリニックが連携し、地域医療を支える未来のモデルです。

◆北海道家庭医療学センター(HCFM)の地域の特徴を踏まえた取組

- 札幌市 栄町ファミリークリニック
 - ・幅広い年代への包括的な外来診療を提供
 - ・末期がん患者を含む多様な疾患を持つ患者への訪問診療を実施
 - ・訪問看護ステーションと連携し、休日夜間を含む24時間対応
- 室蘭市 本輪西ファミリークリニック
 - ・外来診療・訪問診療に加え、室蘭市医師会在宅連携システムを構築
 - ・システムの中核医療機関として、開業医と協力し在宅医療体制を強化
- 更別村 国民健康保険診療所
 - ・グループ診療による循環型地域モデルで、地域のプライマリ・ケアを担う
 - ・行政と緊密に連携し、健康増進、予防医療、学校保健、母子保健等を含む医療・介護・福祉ネットワークで中核的な役割を果たす

出典：厚生労働省「かかりつけ医機能に関する事例集」

HCFMは、道内14の診療所・病院でグループを構成し、医師が互いに協力し合う体制を構築しています。例えば、休日・夜間の対応を輪番制にすることで、各医師が休息を確保しながらも、地域住民には切れ目のない医療を提供しています。また、医師が少ない地域へグループ内の医師を派遣したり、若手医師の研修プログラムを共同で運営したりすることで、医師のキャリア形成を支援し、地域への定着を促しています。これは、グループ間の連携によって地域医療を支える、まさに未来のモデルと言えるでしょう。

4

医業経営情報レポート

2040年を見据えた新たな未来構想

これまで、我が国の医療が直面する課題と、それに対する新たな制度や先進的な取組について見てきました。最後に、これまでの議論を総括し、2025年の先、さらにその先の2040年を見据えた「新たな地域医療構想」の全体像を明らかにします。

■ 新たな地域医療構想

国は2040年にかけて本格化する人口構造の激変に対応するため、2025年以降を見据えた「新たな地域医療構想」の検討を進めています。

◆ 新たな地域医療構想に関するとりまとめの概要

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
 (将来のビジョン等、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(医育及び広域診療機能)で確保すべき機能や今後の方向性等を報告
- 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の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、地域の実情に応じて、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(厚生労働大臣)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

出典：厚生労働省「新たな地域医療構想に関するとりまとめ概要」

この「新たな地域医療構想」の最大の特徴は、視野の広さにあります。現行の地域医療構想が主に病院の「病床」の機能分化・連携に焦点を当てていたのに対し、新たな構想では、議論の対象が「外来医療」「在宅医療」「医療・介護連携」「人材確保」といった、地域医療提供体制の全体にまで広がります。

この構想が目指しているのは、「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さらに明確化し、地域の中で医療と介護が完結する体制を構築することです。

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。



労働契約書等の書類、 文書の保存期間



当院では、パートタイマーと1年間の労働契約を締結しており、労働契約書は2年間保存後廃棄処分していますが、これでよいのでしょうか？

事業所で作成する重要書類には、法律で保存期間が定められています。

労働基準法は、労働関係の書類の保存期間について、「使用者は、労働者名簿、賃金台帳及び雇入、解雇、災害補償、賃金その他労働関係に関する重要な書類を5年間保存しなければならない。」と定めています。

そして起算日については、「雇入、解雇又は退職に関する書類については、労働者の解雇、退職又は死亡の日」と定めています。

なお、労働契約書の保存期間は、経過措置が講じられたため当分の間、労働者の退職の日から数えて3年です。

また、労働者名簿、賃金台帳、タイムカード、時間外労働計算書、健康診断書等については、5年間保存しなければなりません。

労働基準法関連書類以外の主な書類の保存期間とその根拠法令は、次のとおり定められていますので、参考にするとともに、法定の年限を遵守して下さい。

書 類		期 間	根 拠 法 令
健康保険、厚生年金保険関連書類		2年間	次の①②のいずれかに該当する事業者 (株式が上場されているかは問わず)
雇用保険 関連	雇用保険の被保険者に 関する書類	4年間	雇用保険規則
	その他の書類	2年間	
労災保険関連書類		3年間	労災保険規則
労働保険の徴収・納付等の関連書類		3年間	保険料の徴収等規則

入職日の設定

雇用契約書に定めた雇用開始日と実際の勤務開始日が異なる場合、入職日はいつにすればよいのでしょうか？

Q
 uestion

A
 nswer

通常、雇用契約では、雇用開始日を明示して締結します。しかし、実際には何らかの理由により、雇用契約書に示した雇用開始日と実際の勤務開始日が異なることがあります。

このように、雇用契約書で取り決めた雇用開始日と実際に勤務を開始する日が異なると、入職する職員にとって、様々な不都合が生じます。

雇用保険や厚生年金保険は、被保険者資格の取得日によって、給付を受けるために必要な期間が不足することもあるほか、退職金や年次有給休暇など、入職日を起算日として継続勤務期間を計算する場合にも、職員側に不都合が生じることがあります。

したがって、このような問題を統一的に処理するためには、雇用契約書で取り決めた雇用開始日と実際の勤務開始日を一致させておかなければなりません。この場合、どちらに合わせるかは任意ですが、次の点に留意することが必要です。

(1) 実際に勤務を開始した日が雇用契約書の雇用開始日より遅れた場合

雇用契約書の雇用開始日を入職日とする場合	契約書に明示された日よりも遅れた日数分の給与を、無給とするのか有給とするのかを定めておく必要があります。
実際の勤務開始日を入職日とする場合	雇用契約書の雇用開始日を実際の勤務開始日に合わせて訂正し、その日を雇用開始日とします。

(2) 実際に出勤した日が雇用契約書に明示された日より早まった場合

雇用契約書の雇用開始日を入職日とする場合	雇用契約書に記載した雇用開始日以前の実際に勤務した期間については、アルバイト勤務扱いとし、労働者名簿の「雇入年月日」の欄には、雇用開始の日を記入します。
実際の勤務開始日を入職日とする場合	雇用契約書に記載した入職日を実際の勤務開始日に訂正し、これを雇用開始の日にします。