

週刊WEB

医療経営

MAGA
ZINE

Vol.906 2026.2.10

医療情報ヘッドライン

指定取消・登録取消が前年度から増加
返還額は約48.5億円 24年度

▶厚生労働省

「電子的診療情報連携体制整備加算」
医療DX推進の評価体系再編で新設

▶厚生労働省 中医協総会

週刊 医療情報

2026年2月6日号

28年度改定に向けた
「附帯意見素案」を提示

経営TOPICS

統計調査資料

医療施設動態調査
(令和7年10月末概数)

経営情報レポート

データで読み解く予防医療
持続可能な地域ヘルスケアの未来像

経営データベース

ジャンル: 労務管理 > サブジャンル: 労災保険
腰部に関する労災認定について
通勤途中で怪我をした場合

発行: 税理法人KJグループ

本誌掲載記事の無断転載を禁じます。

指定取消・登録取消が前年度から増加 返還額は約48.5億円 24年度

厚生労働省

厚生労働省は1月29日に「令和6年度における保険医療機関等の指導・監査等の実施状況」の概況を公表。

2024年度の保険医療機関等における個別指導は2,494件（医科894件、歯科791件）で、前年度の1,464件から大幅に増加。

保険医等への個別指導は6,152人（医科3,193人、歯科1,682人）で前年度から1,727人増加し、どちらも2020年以降最も多く実施された。

また、監査の結果、取消もしくは取消相当となった保険医療機関等は23件（医科9件、歯科14件）で前年度から2件増加し、保険医等は18人（医師5人、歯科医師13人）で、前年度から4人増加。2024年度の返還金額は48億5,333万円となり、前年度から2億2,995円増加した。

指導件数や返還金額が増加傾向にある実態が明らかになり、法令遵守や適切な運営を改めて促す必要性が浮き彫りになった。

■コロナ禍が収束し集団的個別指導も顕著に増加

保険医療機関等の指導・監査は、保険診療の質向上および適正な診療報酬請求の確保を目指して行われている。

指導は実施対象や方法等により、集団指導、個別指導、集団的個別指導に分類されており、個別指導完了後には内容に応じて「概ね妥当」「経過措置」「再指導」「要監査」といった措置が採られる。

2024年度の指導の実施状況について、新たに指定を受けた保険医療機関等に対する新規個別指導は5,989件（前年度比587件減・医科2,599件、歯科1,292件）、保険

医等は8,334人（同1,160人減・医師3,557人、歯科医師1,576人）。

コロナ禍が始まった2020年度は0件だったが2021年度から再開した集団的個別指導は1万5,506件（同4,938件増・医科5,838件、歯科5,029件）となり、過去5年で最多の実施となった。

次に監査は、保険医療機関等の診療内容または診療報酬の請求について、不正または著しい不当が疑われる場合に事実関係の把握のために行われるもの。完了後には確認された事実に応じて「取消処分」「戒告」「注意」といった措置が採られる。取消処分を受けると、その旨が公表されるほか、原則として5年間、保険医療機関等の再指定および保険医等の再登録を受けることができない。

2024年度の監査の実施状況は、保険医療機関等が34件（同12件減・医科20件、歯科14件）、保険医等が83人（同5人減・医師67人、歯科医師16人）で、医師への監査のみが微増しており、過去5年で最多の実施となった。

■発覚のきっかけは保険者等からの情報提供がほとんど

指定取消となった保険医療機関の主な原因（不正内容）について、「施設基準を満たしていない診療報酬を請求」、「実際に行っていない保険診療を行ったものとして請求、付け増しして請求、保険点数の高い別の診療に振り替えて請求」など、多岐にわたる不正請求がみられた。発覚のきっかけは、保険者や医療機関従事者、被保険者等からの情報提供が23件中20件で大半を占めている。

「電子的診療情報連携体制整備加算」 医療DX推進の評価体系再編で新設

厚生労働省 中央社会保険医療協議会総会

厚生労働省は1月30日に開催した中央社会保険医療協議会総会で、答申に向けて2026年度診療報酬改定の「個別改定項目について（その3）」を提示した。

医療DXやICT連携を活用する医療機関の体制の評価について、「医療情報取得加算」および「医療DX推進体制整備加算」を廃止し、初診料、再診料、外来診療料および入院料への加算として「電子的診療情報連携体制整備加算」を新設する方針を示した。

■マイナ保険証の原則義務化を受けて

医療DX推進体制整備加算等の存続を議論

今回、見直しの焦点となった医療情報取得加算は、2024年度診療報酬改定で「医療情報・システム基盤整備体制充実加算」から見直されてきたもの。実際のマイナ保険証の利用有無を問わず初診と再診時に1点（再診は3カ月に1回）が算定できる。

前回改定で新設された「医療DX推進体制整備加算」は、主に電子処方箋および電子カルテ情報共有サービスの整備、マイナ保険証の利用率を要件としており、これまで複数回にわたり内容の見直しが行われてきた。

昨年12月、従来の健康保険証の経過措置が終了し、マイナ保険証の利用が原則義務化されたことを受けて、直近の見直しでは昨年10月から今年2月末、3月から5月末までの2つの時期でマイナ保険証の利用率実績を新たに設定。例えば加算1・4は、2月末までが60%、5月末までが70%となり、電子カルテ情報共有サービスの導入要件は経過措置が5月末まで延長となった。

昨年10月におけるマイナ保険証のレセブ

ト件数ベース利用率は47.26%。マイナ保険証の活用が進んでいる状況から、中医協ではこれまでの評価によって大きく普及した取り組みを前提としたうえで、さらなる体制の整備に向けて現行の評価体系の整理・再編について議論を行ってきた。

そこで今回、「医療情報取得加算」と「医療DX推進体制整備加算」は役割を終えたものと捉え、それらを統合した「電子的診療情報連携体制整備加算」を新設する運びとなった。

■加算2・3は電子処方箋・電子カルテ情報

共有サービスの導入状況で分類

「電子的診療情報連携体制整備加算」の仕組みを具体的にみると、初診料では加算1～3の3区分を設ける方針を明示。医療DX推進に係る体制の施設基準を満たせば患者の要件はなく、初診時に1カ月1回、再診時も1カ月1回の算定が可能となる。

施設基準では、最も点数が高くなると想定される加算1では、レセプトオンライン請求やオンライン資格確認を行う体制、それで得た診療情報を医師が閲覧または活用できる体制の他、マイナ保険証利用の一定程度の実績、院内掲示やウェブサイトへの掲載等は、「医療DX推進体制整備加算」と特段変わらない。

それらに加え、療担規則や療担基準に規定される明細書の患者への無償交付や、電子処方箋の発行体制、電子カルテ情報共有サービスで取得した診療情報を活用する体制も要件となる。なお、加算2は電子処方箋または電子カルテ情報共有サービスのどちらかを有する場合、加算3はどちらも満たさない場合に算定が可能だ。

医療情報①
 中央社会保険
 医療協議会

28年度改定に向けた 「附帯意見素案」を提示

1月28日の中央社会保険医療協議会・総会で、「答申書附帯意見（素案）」が厚生労働省から示された。物価対応や賃上げに関する評価について2027年度での対応を視野に検討を進めることや、ICT、AI、IoT活用による病棟業務の効率化などについて、26年度診療報酬改定の影響を調査・検証することを盛り込んでいる。

28年度改定に向け、検討を求める事項を挙げている。

物価対応に関する評価については、医療機関などの経営状況を把握した上で、実際の経済・物価動向を踏まえつつ、必要な場合は27年度における対応、基本料・技術料を含めた今後の評価の在り方も検討を求める事項とした。

賃上げについては、40歳未満の勤務医・歯科医、薬局の勤務薬剤師、事務職員、歯科技工士も含めて適切に実施されているかを把握し、必要に応じて27年度で「さらなる対応」を求める。

そのほか、26年度改定で新設される「急性期病院一般入院基本料A・B」「急性期総合体制加算」の影響の調査・検証を行うとともに、10対1急性期病棟の在り方も挙げている。

外来医療については「初診料」「外来診療料」における逆紹介割合に基づく減算規定の見直しや、「連携強化診療情報提供料」の見直しといった機能分化に関する改定の影響を検証し、「生活習慣病管理料Ⅰ、Ⅱ」「特定疾患療養管理料」にも言及し、「提供される医療の実態に基づく評価の在り方」について引き続き検討することも掲げている。

精神医療についても、新設される「精神科地域密着多機能体制加算」の効果・影響を検証するなど、地域移行・地域生活支援の充実を含む精神医療の評価を検討するとしている。

医療情報②
 厚生労働省
 検討会

医療機関機能報告で 診療実績も提出へ

厚生労働省は1月28日、2027年度から始まる新たな地域医療構想に関連し、医療機関に求める医療機関機能報告や病床機能報告について、各医療機関が担う役割や機能に応じた診療実績の報告も求める方針を省内の検討会に示した。25年12月に成立した改正医療法では、地域医療構想の見直しに伴い、従来の病床機能報告に加えて新たに「医療機関機能報告制度」を創設。「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」など、各地域で医療機関が担う機能を都道府県に報告する仕組みとなる。

この日開かれた「地域医療構想及び医療計画等に関する検討会」で厚労省は、消防関係者が医療機関の診療機能を把握し、介護関係者が在宅医療への取り組み状況を理解しやすくする観点から、機能報告の中で各医療機関の役割に応じた診療実績の提出も求める考えを示した。

報告内容には、大学病院本院が地域に対して行う医師派遣の実績なども含めることを想定している。

厚労省は、大学病院本院による医師派遣や人材育成の取り組みについても地域医療構想調整会議で協議ができるよう、25年度内に策定予定のガイドラインに位置付ける方針を示した。

一方、構想区域ごとに「急性期拠点機能」を確保する際には、診療実績だけに着目して医療機関を選定すべきではないとの整理案も示した。

救急搬送件数や全身麻酔手術件数、地域内シェアといった指標を基本に検討するものの、地域によっては不要不急の救急要請が行われる可能性や、新興感染症対応などの政策医療を担わない医療機関が拠点となることで、医療提供体制に支障が生じる恐れがある点を指摘した。

さらに、建物の老朽化や経営状況の悪化といった課題を抱える医療機関もあることを踏まえ、診療実績が比較的少ない医療機関が拠点機能を担うケースも想定。政策医療の実施状況や経営状況、施設の状況なども含め、地域で総合的に協議する必要があるとした。

このほか、医療計画に位置付けている「5疾病6事業」などで確保している医療提供体制と、新たな地域医療構想との整合性を確認する必要があると指摘。医療機関の種類の考え方などについても、必要に応じて整理を進める。

また、特定の診療科に特化した専門病院で行われる手術などについては、外科医や麻酔科医などの医療資源が偏在している現状を踏まえ、是正の必要性に言及。効率的な手術提供に向けた医療機関の連携や再編、集約化の方向性についてもガイドラインで整理する方針を示した。

医療情報③
厚生労働省
通知

診療所への賃上げ支援、 ベア評価料の届け出要件に

厚生労働省は、2025年度補正予算に盛り込んだ「医療・介護等支援パッケージ」のうち、医療機関などの賃上げや物価高騰への対応を支援する事業の実施要項を定め、1月26日付で都道府県に通知した。診療所への賃上げ支援では、3月1日時点でベースアップ評価料を届け出ていることを支給要件とした。

24年度に新設されたベースアップ評価料は、25年7月7日時点で病院の約9割が届け出ている一方、診療所では有床が約5割、無床が約4割にとどまっている。

厚労省は、25年度補正予算による賃上げ支援の要件に同評価料の届け出を位置付け、診療所での賃上げの取り組みを後押しする。

物価高への支援も含めた支給額は、有床診療所が1床当たり8.5万円、無床診療所と歯科診療所はそれぞれ1施設当たり32万円。（以降、続く）

週刊医療情報（2026年2月6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10月末概数)

厚生労働省 2025年12月24日公表

病院の施設数は前月に比べ 3施設の減少、病床数は 1545床の減少。
 一般診療所の施設数は 127施設の増加、病床数は 204床の減少。
 歯科診療所の施設数は 26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10月	令和7年9月			令和7年10月	令和7年9月	
総数	179 255	179 157	98	総数	1 516 423	1 518 172	△ 1 749
病院	7 998	8 001	△ 3	病院	1 448 777	1 450 322	△ 1 545
精神科病院	1 053	1 052	1	精神病床	311 301	311 579	△ 278
一般病院	6 945	6 949	△ 4	感染症病床	1 951	1 949	2
療養病床を有する病院(再掲)	3 289	3 290	△ 1	結核病床	3 331	3 331	-
地域医療支援病院(再掲)	710	709	1	療養病床	264 496	264 656	△ 160
				一般病床	867 698	868 807	△ 1 109
一般診療所	105 657	105 530	127	一般診療所	67 586	67 790	△ 204
有床	5 148	5 160	△ 12				
療養病床を有する一般診療所(再掲)	378	378	-	療養病床(再掲)	3 574	3 553	21
無床	100 509	100 370	139				
歯科診療所	65 600	65 626	△ 26	歯科診療所	60	60	-

2 開設者別にみた施設数及び病床数

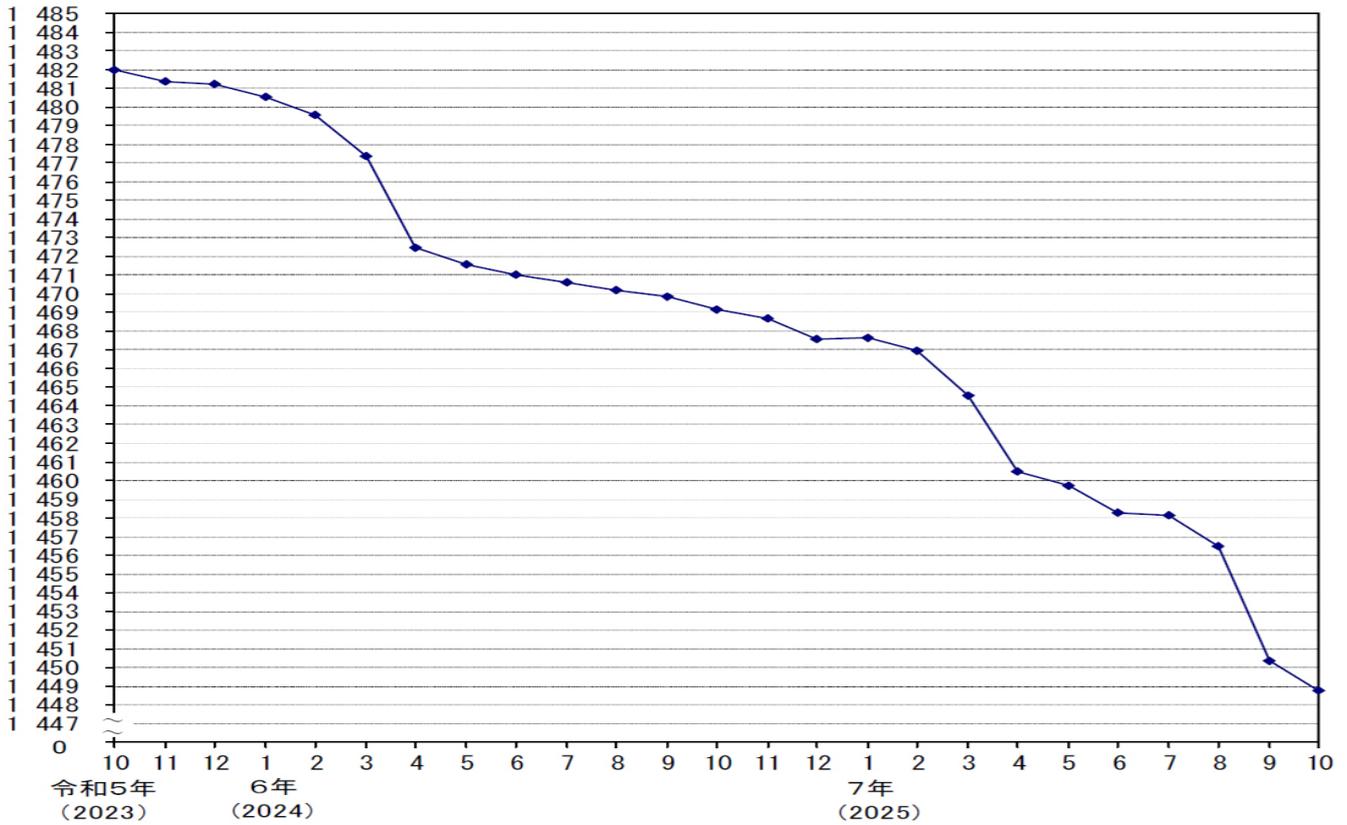
令和7年10月末現在

	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	7 998	1 448 777	105 657	67 586	65 600
国 厚生労働省	14	3 649	16	-	-
独立行政法人国立病院機構	140	50 803	-	-	-
国立大学法人	47	32 376	146	-	-
独立行政法人労働者健康安全機構	32	11 360	-	-	-
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	14 523	3	-	-
その他	21	4 485	382	2 165	4
都道府県	180	43 434	216	163	8
市町村	579	113 808	2 867	1 806	237
地方独立行政法人	140	53 570	36	17	-
日赤	90	32 919	201	19	-
済生会	83	21 494	58	10	1
北海道社会事業協会	7	1 417	-	-	-
厚生連	95	28 254	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	248	-	1
共済組合及びその連合会	40	13 048	129	-	2
国民健康保険組合	1	320	14	-	-
公益法人	177	42 692	439	117	81
医療法人	5 585	818 485	48 403	53 910	17 456
私立学校法人	112	55 073	196	38	14
社会福祉法人	202	33 236	10 547	349	41
医療生協	78	12 896	285	141	50
会社	23	7 144	1 411	7	13
その他の法人	204	41 933	1 677	365	238
個人	79	7 577	38 320	8 454	47 454

参 考

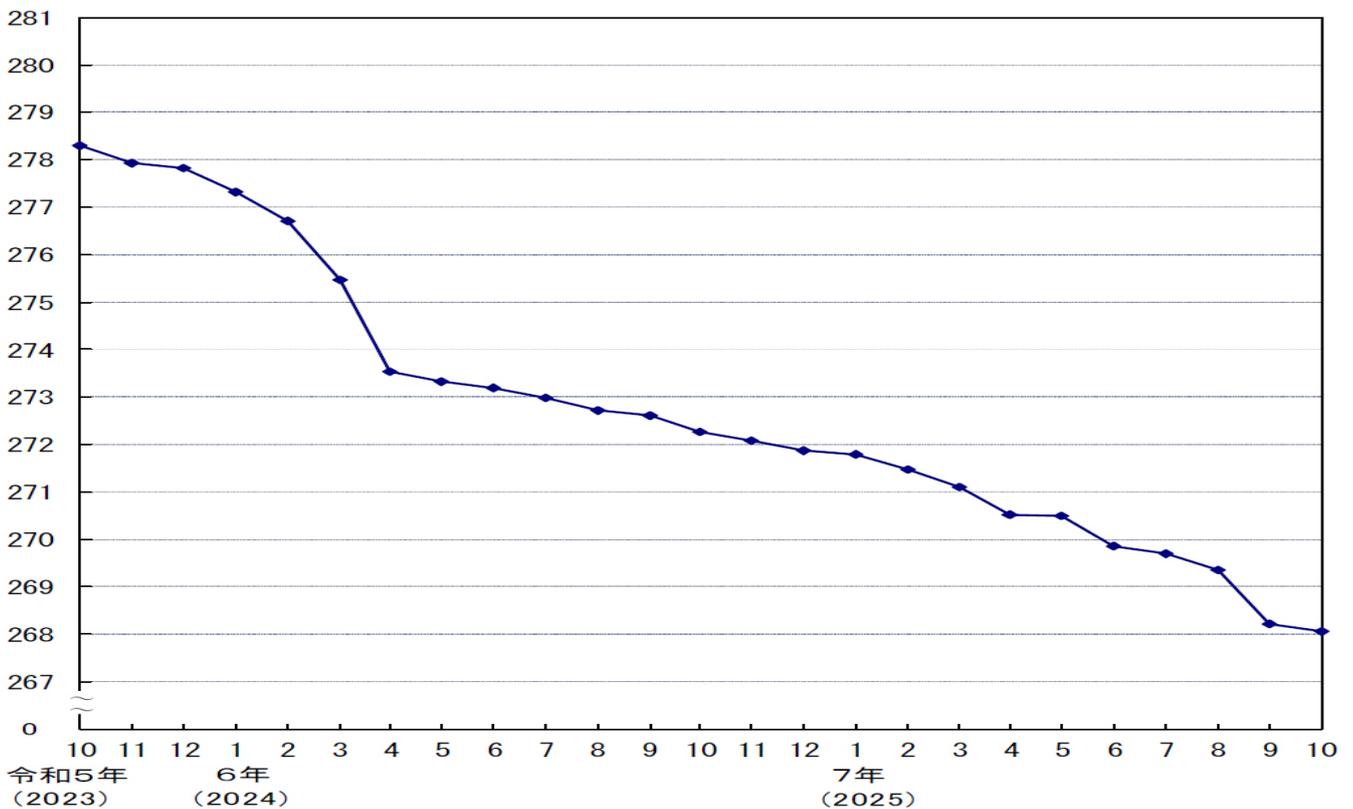
病床 (千床)

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10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

データで読み解く予防医療 持続可能な地域 ヘルスケアの未来像

1. 治療から予防へ 日本を取り巻く現状
2. 予防医療のこれから
3. 予防医療の取り組み事例
4. 今後の予防医療の課題と展望



■参考資料

【厚生労働省】令和4年度 国民医療費の概況、【経済産業省】健康経営優良法人取り組み事例集、【内閣府】情報通信機器の利活用に関する世論調査の概要、【KPMG】2030年市場展望と人材要件：医療福祉（ヘルスケア） 他

1

医業経営情報レポート

治療から予防へ 日本を取り巻く現状

日本は本格的な超高齢社会へと突入しました。かつて世界最高水準を誇った保健医療制度は、人口動態の劇的な変化と、それに伴う疾病構造の変化に直面し、大きな岐路に立たされています。医療費は増大の一途をたどり、制度の持続可能性が深刻な課題として浮上し、私たちは医療に対する考え方そのものを根本から見直す必要性に迫られているのです。

このような中で、予防医療はますます重要な役割を担いつつあります。従来の「治す医療」から、慢性疾患の増加や医療資源の逼迫を背景に、「病気を未然に防ぐ」アプローチが不可欠となっているからです。予防は医療費抑制にも直結し、個人の生活の質（QOL）向上にも寄与することから、健診・保健指導の拡充、生活習慣改善の支援、ワクチン接種の普及、地域包括ケアの推進など、多面的な取り組みが進められています。

そこで本レポートでは予防医療の歴史と背景を紐解き、現在の取り組み、そして未来に向けた課題と展望について詳しく解説します。

■ なぜ予防医療が重要なのか

予防医療と聞くと難しく聞こえますが、その本質は「病気になってから治す」のではなく、「病気をならないようにする、重症化させない」というシンプルな考え方に基づいています。

専門的には、介入する時期や目的によって以下の三つの段階に分けられており、予防医療は、対象者の広さと介入の段階に応じてピラミッド構造で理解することができます。

◆ 予防医療の基本: 三つの段階

● 三次予防(再発予防・機能維持)

病気の再発や合併症を防ぎ、残された機能を維持・回復させることが目的です。脳卒中後のリハビリテーションや糖尿病患者の合併症予防などがこれにあたります。

● 二次予防(早期発見・早期治療)

無症状のうちに病気を早期発見し、重症化する前に治療を開始します。各種がん検診や特定健診などが代表例です。

● 一次予防(発症予防)

最も広い層を対象とし、健康的な生活習慣の維持・増進と、病気そのものの発生を防ぐことを目指します。適切な食生活、運動習慣、禁煙、そして予防接種などが含まれます。

日本の公衆衛生の歴史を振り返ると、以前は結核などの感染症対策が中心でした。しかし、社会が豊かになるにつれ、課題はがんや心臓病、糖尿病といった生活習慣病へと移り変わってきました。

2 医業経営情報レポート

予防医療のこれから

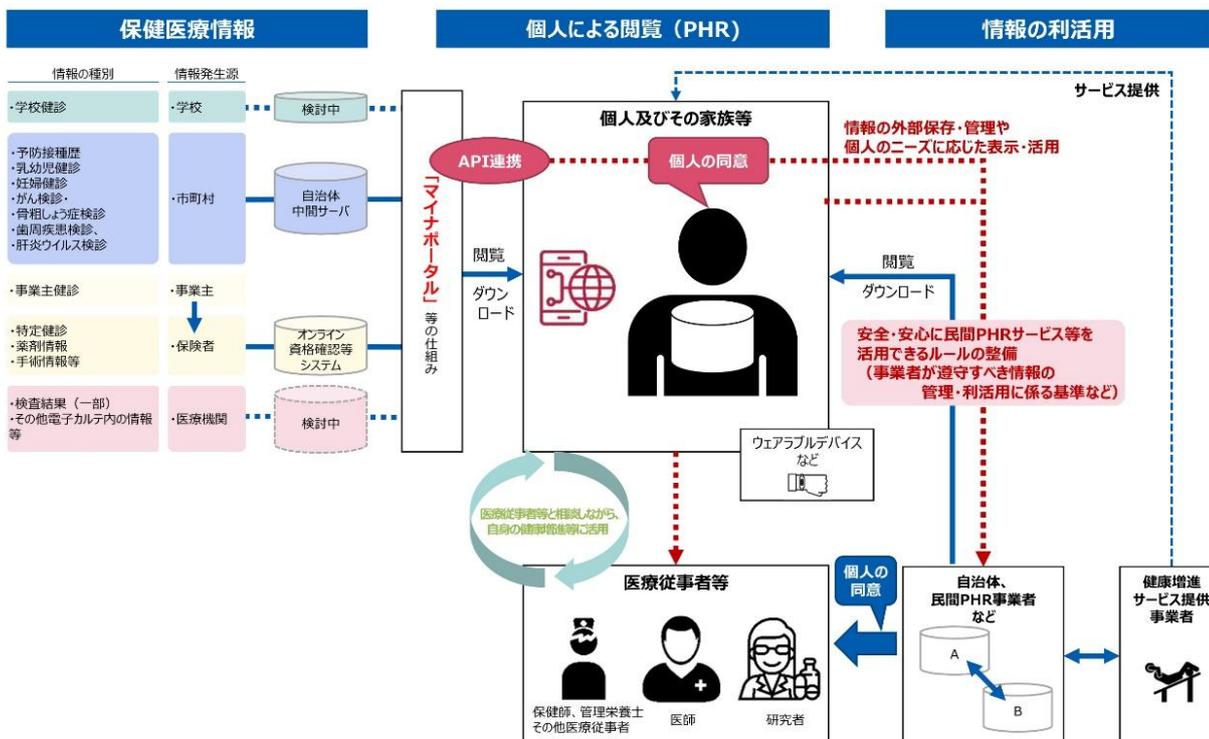
本章ではこれまでの国の取り組みや自治体・企業の先進事例を踏まえ、今後の予防医療が具体的にどのような取り組みをもって進められていくのかについて、詳しく解説します。

■ データ連携によるシームレスなヘルスケア

近年、スマートフォンアプリと連携するウェアラブル端末（スマートウォッチや活動量計など）が急速に普及しています。これらのデバイスは、心拍数、睡眠時間、活動量、さらにはストレスレベルといった日々のバイタルデータを、利用者が意識することなく容易かつ継続的に取得できるようになりました。

これを「PHR（パーソナル・ヘルス・レコード）」と言い、個人の健康・医療・介護に関する情報を自分自身で生涯にわたって管理・活用することによって、自己の健康状態に合ったサービスの提供を受けられることを目指すものとされています。

◆PHR(パーソナル・ヘルス・レコード)



(出典) 厚生労働省：PHR（パーソナル・ヘルス・レコード）について

PHRの活用が本格化することにより、かかりつけ医はウェアラブル端末から得られる日常のバイタルデータをリアルタイムで参照でき、過去の診療情報やアレルギー情報なども共有することが可能になります。

3

医業経営情報レポート

予防医療の取り組み事例

■ 現在の主な取り組みについて

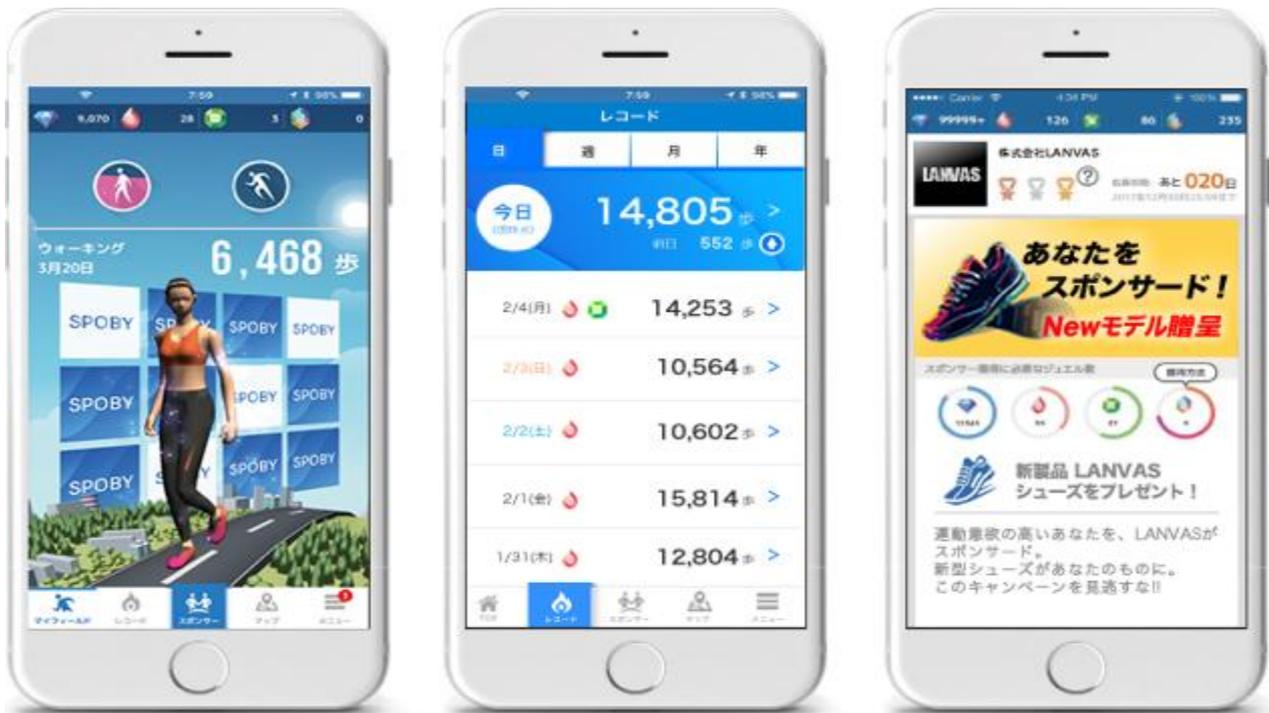
国が大きな旗を振るだけでなく、既に地域や企業レベルでも予防医療の先進的な取り組みが始まっています。本章では、具体的な成功事例を紹介し、その成功の鍵を探ると同時に、普及を阻む現実的な課題を明らかにすることで、より実践的な視点から予防医療を考えます。

(1)自治体の取り組み

帯広市は糖尿病の有所見割合が北海道内全体に比べ著しく多く、運動不足が大きな健康課題となっていました。そこで同市は市民の運動習慣の定着と医療費抑制を目指し、民間企業が提供するスマートフォン向けのウォーキングアプリ「SPOBY」を導入しました。

このアプリは、利用者が日々の歩数に応じてポイントを獲得し、地域の店舗で使える商品券などと交換できる仕組みになっています。楽しみながら健康づくりに参加できるインセンティブ設計により、市民の行動変容を促し、運動習慣の定着に繋がりました。この結果、将来的な医療費の抑制効果も試算されています。このように、ICT 技術と民間サービスを効果的に活用するアプローチは、今後の予防医療における重要なモデルケースと言えます。

◆SPOBY



(出典) PR TIMES：帯広市で活用開始/1日1,000歩の運動量増を実現したアプリ『SPOBY』

4

医業経営情報レポート

今後の予防医療の課題と展望

■「健康格差(ヘルス・ギャップ)」の是正

予防医療が社会に広く浸透し、その効果を最大限に発揮するためには、いくつかの重要な課題を乗り越える必要があります。その一つに「健康格差(ヘルス・ギャップ)」があります。

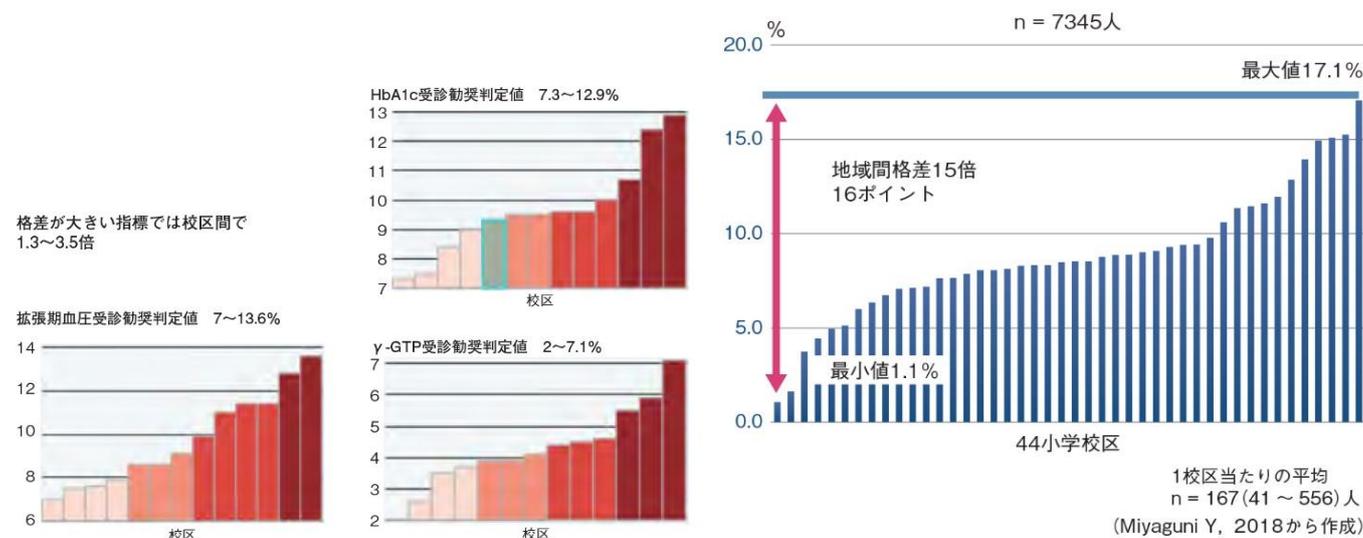
健康格差とは、住んでいる地域や家庭の所得、学歴といった社会経済的な状況によって、健康状態に差が生じることを指します。厚生労働省は個人を取り巻く社会経済的・環境的な要因が健康面に影響を及ぼすことを認識し、対策を重視しています。

◆健康の社会的決定要因

- 経済状況：収入、職業、貧困など
- 教育：教育レベル、識字率など
- 住環境：住宅の質、居住地域など
- 社会関係：家族、友人、地域社会との繋がりなど
- 医療へのアクセス：医療機関への距離、保険の有無など
- 食料へのアクセス：食料品店への距離、食料の入手可能性など
- その他：地域の安全性、大気汚染、気候変動など

JAGES (Japan Gerontological Evaluation Study) は、高血圧や糖尿病、認知症など多くの健康指標において、地域間の健康格差がみられることを発表しました。

◆健康格差の調査報告



(出典) 公益財団法人 長寿科学振興財団：Aging & Health Np86 より抜粋

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。

ジャンル: 労務管理 > サブジャンル: 労災保険

腰部に関する労災認定について

病院内で荷物を移動中にギックリ腰になった職員がいます。腰部の労災認定は難しいと聞きますが、労災認定されるでしょうか？

一般的には、既往の腰痛がなく、突発的にギックリ腰が発症したのであれば、労災として認定される可能性があります。

まずは、当該職員が受診するにあたっては、労災指定病院で療養補償給付を受けるようにします。

療養補償給付請求書が所轄の労働基準監督署に届いたあと、その請求書だけで判断ができない場合には、追加の書類の提出を求められる場合があります。腰痛の場合、腰痛の発症が加齢や運動不足からくるのか、業務上の原因からくるのかを特定するのが困難といわれていますが、「業務上腰痛の認定基準」に合致すれば、労災と認定される可能性があります。

この認定基準では、下記の2つに分けて判断しています。



■災害性の原因による腰痛

- ① 業務遂行中の突発的なもの
- ② 腰痛の発症との関係が医学的に認められること

■災害性の原因によらない腰痛

- ① 腰部に過度の負担のかかる業務に短期間従事する職員に発症した腰痛
- ② 重量物を扱う業務に従事する労働者に発症した腰痛





ジャンル: 労務管理 > サブジャンル: 労災保険

通勤途中に怪我をした場合

マンションに住む当院の職員が、雨で濡れた階段で足を滑らせ転落し、足を骨折してしまいました。この場合、通勤災害として認められるのでしょうか？

通勤災害とは、労働者が、就業するため住居と就業の場所との間を合理的な経路及び方法によって往復する間に発生した災害のことをいいますが、マンションの共用部分で負傷した場合、当該マンションの共用部分が住居内なのか、あるいは住居と就業場所との経路上にあるのかがポイントとなります。

この点について行政解釈では、部屋の外戸が住居と通勤経路との境界であるので、マンションの階段は通勤上の経路として認められるとされています。

したがって、このケースは就業のため自院に向かっていったこと、合理的な経路・方法であること、通勤起因性を否定する事由がないことといった他の要件を満たす限り、通勤災害として認められることとなります。なお、一戸建ての屋敷構えの住居の玄関先については、行政解釈で「住居内であって、住居と就業の場所との間とはいえない」とされています。

したがって、門を出たところから通勤上の経路として認められる形となります。

<p>「就業に関して」 とは</p>	<p>通勤と認定されるためには、労働者の住居と就業の場所との間の往復行為が業務と密接な関連をもって行われることが要件とされています。</p> <p>したがって、被災当日に就業することとなっていたこと、又は現実に就業していたことが必要です。この場合、遅刻やラッシュを避けるための早出など、通常の出勤時刻と時間的にある程度の前後があっても就業との関連は認められます。</p>
<p>「住居」とは</p>	<p>労働者が居住して日常生活の用に供している家屋等の場所で、本人の就業のための拠点となるところをいいます。したがって、就業の必要上、労働者が家族の住む場所とは別に就業の場所の近くにアパートを借り、そこから通勤している場合には、そこが住居となります。また、通常は家族のいる所から通勤しており、天災や交通ストライキ等の事情のため、やむを得ず医療機関近くのホテル等に泊まる場合などは、当該ホテルが住居となります。</p>
<p>「就業の場所」とは</p>	<p>業務を開始し、又は終了する場所をいいます。</p> <p>一般的には、医療機関の本来の業務を行う場所をいいますが、外勤業務に従事する労働者で、特定区域を担当し、区域内にある数か所の用務先を受け持って自宅との間を往復している場合には、自宅を出てから最初の用務先が業務開始の場所となり、最後の用務先が業務終了の場所となります。</p>