



週刊WEBマガジン



医業経営

2026.4.14

医療情報ヘッドライン

在宅療養支援診療所 第三者利用 による 往診体制確保 要件の厳格化を周知

▶厚生労働省

看護職員の離職率は 正規雇用で11% 新卒はベア相当分以上 の賃上げ率確保

▶日本看護協会

週刊 医療情報

2026年4月10日号
医療法人認可の
運用で注意喚起

経営情報レポート

外来医療の機能分化の推進へ
かかりつけ医機能報告制度の要旨

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10月号)

経営データベース

ジャンル: 労務管理 > サブジャンル: 有給休暇
年次有給休暇基準日の統一
新入職員の年次有給休暇

発行: 税理士法人 YGP

本誌掲載記事の無断転載を禁じます。

在宅療養支援診療所 第三者利用による 往診体制確保 要件の厳格化を周知

厚生労働省

厚生労働省は4月1日に2026年度診療報酬改定に関する「疑義解釈（その2）」を公表。今回の改定で厳格化された在宅療養支援診療所・病院（以下、在支診・病院）の往診に関する要件についての考え方が示された。

資料では、第三者（株式会社等）の利用によって24時間連絡体制および往診体制を確保する際、いかなる場合であっても往診担当医の氏名を明らかにしないことは「不可」と明記。雇用契約のない医師を文書に掲載することも認められないことを周知した。実際に医師が対応できる体制の整備を求める考えで、実働や質を重視した内容となっている。

■常勤医師との事前の面談や

診療方針の共有が必須

2026年度診療報酬改定では、在宅医療において積極的役割を担う医療機関をさらに評価するため「在宅緩和ケア充実診療所・病院加算」を廃止、「在宅医療充実体制加算」を新設し、評価を大幅に引き上げた。

具体的な点数は、単一建物診療患者が1人の場合800点、緊急時や夜間・休日、深夜の往診加算に200点、ターミナルケア加算に2,000点など、いずれの区分も現行からおおむね倍に設定。それに伴い施設基準は厳格化され、機能強化型の在支診・病院であることを前提に、単独での24時間連絡体制および往診体制の確保や、過去1年間で緊急往診30件以上かつ看取りと小児在宅患者数の合計が30件以上、重症度の高い患者と終末期の患者の合計が2割以上、在宅医療情報連携加算の届出などが求められることとなった。

また、24時間の往診体制を確保するため活用されている、民間企業の連絡・往診代行サービスといった第三者への委託も明確化。

現行の要件にあった「往診担当医の氏名、担当日等を文書により患家に提供していること」に加え、「やむを得ない事由により患家に事前に氏名を提供していない往診医が往診をする場合であっても、当該往診医は往診日以前に当該保険医療機関において当該保険医療機関の在宅医療を担当する常勤医師と事前に面談し、診療方針等の共有を行っている者に限られるものであり、それ以外の者が往診をすることは、往診が可能な体制の確保には該当しない」と明記し、さらに「患者に事前に氏名を提供していない往診医による往診体制を確保している場合、当該医師は常時1人以下であること」とされた。

■患家に文書で提供している往診担当医も日常的に対話をしている医師以外は「面談が必要」

今回の疑義解釈資料では、前述した常勤医師との事前の面談についての実施方法も明記。

往診担当日の前日以前に、往診医が当該医療機関を直接訪問することによる対面での面談またはカンファレンスへの対面での出席によって実施することとした。共有すべき診療方針については、特に直近の訪問診療日に増悪があった患者や往診担当日に急変の可能性がある患者の詳細や今後の診療方針、緊急時の入院医療機関の連絡先など、地域ごとの医療提供体制に関する特有の情報や、物品や電子カルテの使用方法など、診療を実施する上で必要な事項を具体例として提示している。

また、患家に文書で提供している往診担当医についても、「当該保険医療機関において訪問診療等に従事している、又は訪問診療等に従事している医師と同じ保険医療機関内で日常的に対話をしている医師以外の医師の場合は、面談が必要」と示した。

看護職員の離職率は正規雇用で11% 新卒はベア相当分以上の賃上げ率確保

日本看護協会

日本看護協会は3月31日に「2025年病院看護実態調査」の結果を公表した。

2024年度における看護職員（保健師・助産師・看護師・准看護師）の離職率は、正規雇用看護職員が11.0%、新卒採用者が8.4%、既卒採用者が16.1%となり、正規雇用と新卒が前年度からそれぞれ0.3ポイント、0.4ポイント減少した。22年度から23年度よりも緩やかではあるが、前年度よりも低い水準となっている。

また、25年度実績の看護師の平均基本給与額・平均税込給与総額は、新卒（高卒＋3年課程卒・大卒）、勤続10年ともに増加しており、特に新卒で賃上げ率が高い傾向がみられた。

■高卒＋3年課程卒3.2%、大卒2.9%の賃上げ

本調査は、病院看護職員の需給動向や労働状況、看護業務の実態などの把握を目的に毎年実施されており、今回は2025年10月1日～11月17日を調査期間として、全国の病院8,022施設を対象に実施し、3,502件（回収率43.7%）の有効回答を得た。

まず看護師の離職率に関して、新卒を学校養成所種別でみると、大学が7.5%で（前年度から0.5ポイント減少）で最も低く、3年課程の短期大学が8.1%と続き、3年課程の看護師学校養成所が8.7%で前年度から0.6ポイント増と、唯一上昇していた。

次に看護師の給与について、25年度実績の平均基本給与額は、高卒＋3年課程卒の新卒が21万6,416円で前年度から6,719円増（＋3.2%）、大卒が22万1,883円で同6,269円増（＋2.9%）、勤続10年が

25万4,286円で同3,906円増（＋1.6%）。

平均税込給与総額は、それぞれ28万5,078円（前年度から8,951円増）、29万2,527円（同8,464円増）、34万2,788円（同5,953円増）となった。

24年度診療報酬改定において、看護職員等の賃上げを目的としたベースアップ評価料が新設され、24年度に2.5%、25年度に2.0%の賃上げを目標値に設定。新卒の看護師においては、それに相当する以上の賃上げが行われたことがわかった。

■業務効率化では人員と財源の確保が課題に

今回新たに調査項目として掲げられた「看護業務効率化の取組み」について、「タスク・シフト/シェアの実施状況」では、実施している病院は72.9%で、24年より2.3ポイント増加。看護師からタスク・シフト/シェアを実施した医師以外の職種は「薬剤師」が64.2%で最多で、「臨床検査技師」が48.9%と続いた。

タスク・シフト/シェアを進めるにあたっての課題は、実施している病院の75.7%、実施していない病院の66.0%が「タスク・シフト/シェアを受ける側の医療関係職種の余力（人員確保等）」と回答している。

「AIやICTを活用した看護業務効率化の取組み」については、離床センサー等の導入が73.8%と最多、勤務表作成ソフト等の導入が32.4%、院外との情報共有・協働のためのICT等導入が26.8%と多かった。

導入にあたっての課題の上位は、初期費用84.3%、運用費69.2%で、多くの病院が「財源の確保」がネックであることがわかる。

医療情報①
 厚生労働省
 説明

医療法人認可の運用で注意喚起

～全国医政関係主管課長会議の動画にて

厚生労働省は3月31日に公開した2025年度全国医政関係主管課長会議の動画で、医療法人制度の認可・監督を巡る運用上の留意点を各都道府県の担当者に向けて説明し、非医師の理事長就任や社会医療法人の要件充足の扱いについて形式的にならないよう、注意を促している。

非医師が理事長に就任する場合の認可については、候補者の経歴や理事会の構成を総合的に勘案し、都道府県の医療審議会への意見聴取を経て判断するという手続きの必要性を強調した。

説明した桑原寛・医政局医療経営支援課医療法人支援室長は、「医師でないからといって門前払いすることなく、総合的な勘案の上で認可の適否を判断してほしい」と述べ、形式的な要件のみで排除しないよう求めた。社会医療法人については、認定数が引き続き増加傾向にあるとして、審査・確認を適正に行うよう要請した。

一方、救急医療等確保事業の要件を満たさなくなった場合に一定の猶予期間を設ける制度があることにも言及。認定を失うことで法人経営に与える影響が大きいだけに、こうした制度を積極的に活用するよう都道府県に呼び掛けた。特定医療法人についても、都道府県による証明への協力を引き続き求めた。

地域医療連携推進法人についても言及した。現在全国で58法人に達したという。

今後の認定拡大に向けては「競争より協調」という制度の趣旨を徹底するよう求め、特定の医療機関が患者の囲い込みを目的に連携法人を組成するような事態を戒めた。地域全体の医療提供体制の最適化という観点から認定の適否を判断するよう、各都道府県に改めて確認した。

医療情報②
 厚生労働省
 通知

医療安全管理者の 研修受講を努力義務に

厚生労働省は、全ての病院に医療安全管理者の配置を義務付ける新たなルールが施行された1日に先立って留意事項を通知し、「医療安全管理者養成研修プログラム作成指針」に沿って開かれる研修の受講を努力義務に位置付けた。

医療安全管理者は、病院のほか、入院・入所施設を有する診療所と助産所の全てに配置を義務付けた。安全管理体制の裾野を広げるための措置で、1日に施行された。それに先立ち、厚生労働省は3月31日付で新たなルールの留意事項を通知し、医療安全管理者は、同省の養成研修プログラム作成指針に沿って開かれる研修を受講するのが「望ましい」とした。

厚労働省が1月、社会保障審議会の医療部会に出した見直し案では「特定の研修の修了は求めない」とされていたが、医療安全の徹底に「知識習得のための研修は必須だ」という意見があった。

医療安全管理者には十分な知識がある常勤職員が就き、院内の「医療安全管理委員会」が行う安全管理の業務を支援したり職員研修を開いたりする。医師や看護師など医療の有資格者かどうかは問わない。

ただ、留意事項通知では、有資格者以外が医療安全管理者に就任する場合、作成指針の「医療安全の基本的知識」や「安全管理体制の構築」の内容をあらかじめ学習し、一定の業務経験を経て研修を受けることも想定されているとしている。

病院の管理者（院長）と医療安全管理者は兼務できないが、診療所と助産所では管理者との兼務を認める。病院や診療所、助産所に配置が義務付けられている「医薬品安全管理責任者」などほかの役職とも兼務できる。

医療情報③
 厚生労働省
 調査報告書

医師の紹介手数料、 中央値で253万円

厚生労働省がまとめた 2025 年度の調査報告書によると、有料職業紹介事業者が医師を紹介した際の手数料は、回答 28 件の中央値で 253.3 万円に上った。

看護師・准看護師の約 4 倍、介護職員と比べると 6 倍近くの水準だった。

厚労省は、医療や介護分野などでの有料職業紹介事業や募集情報等提供事業の利用料金、サービス内容の実態を把握するため、「医療等分野における雇用仲介事業に関する調査研究事業」を実施。有料職業紹介事業者 3,199 社を対象に 25 年 7 月 28 日～11 月 21 日にアンケートを行い、509 社が回答した（回答率 15.9%）。

職種別にみると、看護師・准看護師の紹介手数料は、回答 38 件の中央値で 64.5 万円。介護職員は 60 件で 45.5 万円だった。手数料率は、医師、看護師・准看護師、介護職員のいずれも 20%で共通していた。

●「アフターケアの充実」もメリット

ハローワークと比較した有料職業紹介のメリット（複数回答）としては、「求職者と求人者のミスマッチが少ない」が最多、詳細は以下の通り。

- ▼「求職者と求人者のミスマッチが少ない」（63.5%）
- ▼「求人者の期待を満たす能力水準の人材の紹介」（50.3%）
- ▼「求職者の確実な紹介」（49.7%）
- ▼「就職後のアフターケアの充実度」（44.1%）

また、「就職後のアフターケアの充実度」をメリットに挙げた事業者は、そうでない事業者に比べ、6 カ月以内の早期離職が少ない傾向も確認された。具体的には、アフターケアの充実を挙げた事業者が紹介した人材の早期離職者数は、看護助手で 0.4 人、看護職員で 4.6 人、訪問介護員で 0.5 人。

一方、それ以外の事業者では、それぞれ 19.2 人、14 人、8.9 人と大きな差が見られた。看護師・准看護師、介護職員については、同様の傾向は確認されなかった。（以降、続く）

週刊医療情報（2026年4月10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10月号）

厚生労働省 2026年2月27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 10月の医療費は4.2兆円（対前年同月比 +3.0%）
- 令和7年度（4月～10月）の医療費は28.6兆円（対前年同期比 +2.7%）
（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 10月の対前年同月比 +3.6%
- 令和7年度（4月～10月）の対前年同期比 +3.2%（令和6年度は、対前年度比 +1.1%）

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
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
4～9月	23.7	12.9	7.8	4.5	2.8	5.1	0.7	9.6	1.2
4～10月	27.8	15.1	9.1	5.3	3.3	6.0	0.8	11.3	1.4
8月	3.9	2.1	1.3	0.8	0.5	0.8	0.1	1.6	0.2
9月	3.9	2.1	1.3	0.7	0.5	0.8	0.1	1.6	0.2
10月	4.1	2.2	1.3	0.8	0.5	0.9	0.1	1.7	0.2
令和7年度 4～10月	28.6	15.4	9.4	5.6	3.3	5.9	0.7	11.8	1.4
4～9月	24.3	13.1	8.0	4.7	2.8	5.1	0.6	10.0	1.2
8月	4.0	2.1	1.3	0.8	0.5	0.8	0.1	1.6	0.2
9月	4.1	2.2	1.3	0.8	0.5	0.8	0.1	1.7	0.2
10月	4.2	2.3	1.4	0.8	0.5	0.9	0.1	1.7	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)

	総計	医療保険適用							75歳以上
		75歳未満	被用者保険			国民健康保険	(再掲)未就学者		
			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	
4~9月	19.1	12.5	10.0	9.5	9.8	20.1	12.6	48.3	
8月	3.2	2.1	1.7	1.6	1.6	3.3	1.9	8.0	
9月	3.1	2.0	1.6	1.6	1.6	3.3	2.0	7.9	
10月	3.3	2.2	1.7	1.7	1.7	3.5	2.1	8.3	
令和7年度4~10月	23.2	15.1	12.2	11.6	11.8	24.2	14.6	57.6	
4~9月	19.7	12.8	10.4	9.9	10.1	20.6	12.5	49.1	
8月	3.2	2.1	1.7	1.6	1.7	3.3	1.9	8.0	
9月	3.3	2.1	1.7	1.7	1.7	3.4	2.1	8.2	
10月	3.4	2.2	1.8	1.7	1.7	3.6	2.1	8.5	

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
4~9月	23.7	18.8	9.1	8.1	1.7	4.1	0.4	0.35	9.5	12.2	1.7
8月	3.9	3.1	1.6	1.3	0.3	0.7	0.1	0.06	1.6	2.0	0.3
9月	3.9	3.1	1.5	1.3	0.3	0.7	0.1	0.06	1.6	2.0	0.3
10月	4.1	3.3	1.6	1.4	0.3	0.7	0.1	0.06	1.6	2.1	0.3
令和7年度4~10月	28.6	22.6	10.9	9.6	2.1	5.0	0.5	0.47	11.4	14.6	2.1
4~9月	24.3	19.3	9.3	8.2	1.8	4.3	0.4	0.40	9.7	12.4	1.8
8月	4.0	3.1	1.6	1.3	0.3	0.7	0.1	0.07	1.6	2.0	0.3
9月	4.1	3.2	1.5	1.4	0.3	0.7	0.1	0.07	1.6	2.1	0.3
10月	4.2	3.3	1.6	1.4	0.3	0.8	0.1	0.07	1.7	2.2	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
4～9月	12.4	12.1	2.2	7.9	2.0	4.4	0.28
8月	2.0	1.9	0.4	1.3	0.3	0.7	0.05
9月	2.0	2.0	0.4	1.3	0.3	0.7	0.05
10月	2.1	2.1	0.4	1.4	0.3	0.8	0.05
令和7年度 4～10月	14.5	14.1	2.6	9.2	2.4	5.1	0.39
4～9月	12.3	12.0	2.2	7.8	2.0	4.4	0.33
8月	2.0	1.9	0.4	1.2	0.3	0.7	0.05
9月	2.0	2.0	0.4	1.3	0.3	0.7	0.06
10月	2.1	2.1	0.4	1.4	0.4	0.8	0.06

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
4～9月	19.1	41.4	43.1	10.2	8.4	9.4	12.3	15.4
8月	19.8	41.6	43.3	10.4	8.5	9.7	12.4	15.9
9月	19.3	41.2	42.9	10.3	8.5	9.5	12.4	15.6
10月	19.1	42.1	43.8	10.2	8.5	9.3	12.2	15.4
令和7年度 4～10月	19.7	42.7	44.5	10.5	8.7	9.8	12.1	16.0
4～9月	19.7	42.6	44.5	10.5	8.7	9.7	12.2	16.0
8月	20.3	42.3	44.1	10.7	8.7	10.1	12.2	16.4
9月	19.8	42.7	44.6	10.6	8.7	10.0	12.1	16.2
10月	19.8	43.2	45.0	10.6	8.7	9.9	12.1	16.1

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10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



医業経営

外来医療の機能分化の推進へ

かかりつけ医機能 報告制度の要旨

1. かかりつけ医機能の充実、役割分担を図る
2. かかりつけ医機能報告制度の概要
3. かかりつけ医機能は1号・2号に分類
4. 説明会での質疑応答



■参考資料

【厚生労働省】：かかりつけ医機能報告制度に係る第1回自治体向け説明会 資料

1

医業経営情報レポート

かかりつけ医機能の充実、役割分担を図る

2025年4月から、新たに「かかりつけ医機能報告」制度が導入されました。

この制度は、地域における外来医療の役割分担を明確にし、患者がまずかかりつけ医を受診し、その後必要に応じて基幹病院などの専門外来を紹介される仕組みを強化するためのものです。

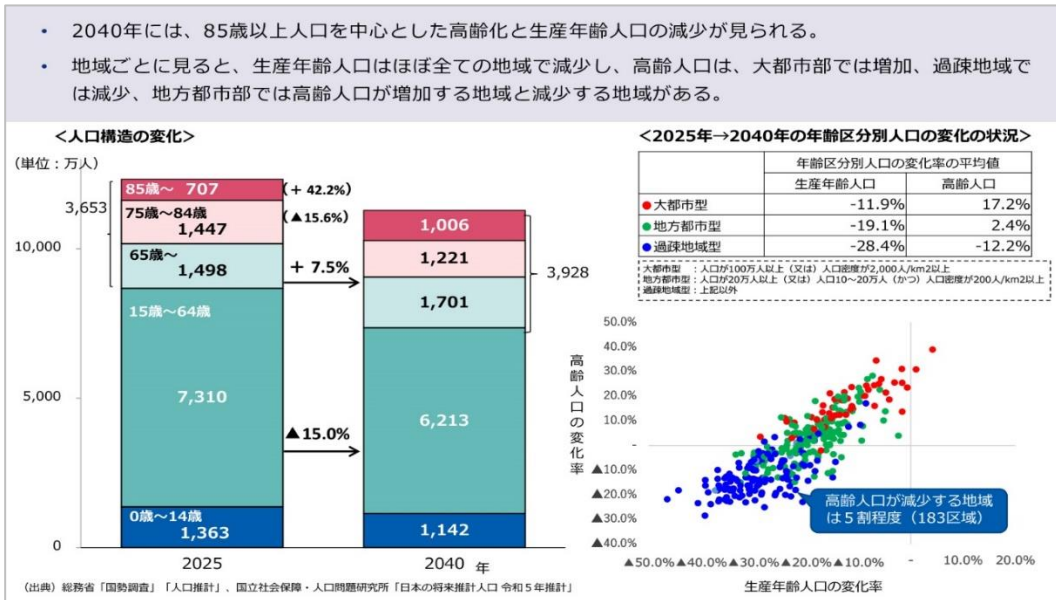
また、専門的な治療が終了した後は、再びかかりつけ医に戻すという流れを整え、地域医療における「かかりつけ医機能」を明確化し、地域包括ケアシステムを推進する狙いがあります。

■ 人口動態の変化と高齢化の進展

2040年に向けて、日本の人口動態には一段と大きな変化が見込まれています。

特に85歳以上の高齢者が増加する一方で、生産年齢人口は全ての地域で減少することが予測されています。大都市部では引き続き高齢者の人口が増加するものの、過疎地域では今後高齢者人口は著しい減少をたどることになります。

◆2040年の人口構成について



厚生労働省：かかりつけ医機能報告制度に係る第1回自治体向け説明会

医療需要の変化や人材確保の課題

医療需要は地域ごとに異なりますが、入院患者数は全国的に増加傾向で、特に高齢者の割合が高まることその要因とされています。

一方、外来患者数は2025年にピークを迎えると予測されています。

2

医業経営情報レポート

かかりつけ医機能報告制度の概要

■ 地域医療を支える「かかりつけ医機能報告」の取り組み

厚生労働省が主導する「かかりつけ医機能報告」制度は、各医療機関は地域の都道府県知事に対して、かかりつけ医としての機能を有しているかを報告する仕組みです。

都道府県知事は、医療機関がかかりつけ医の役割を果たすための体制を備えていることを確認し、地域での外来医療に関する協議の場において公表し、その情報を共有します。

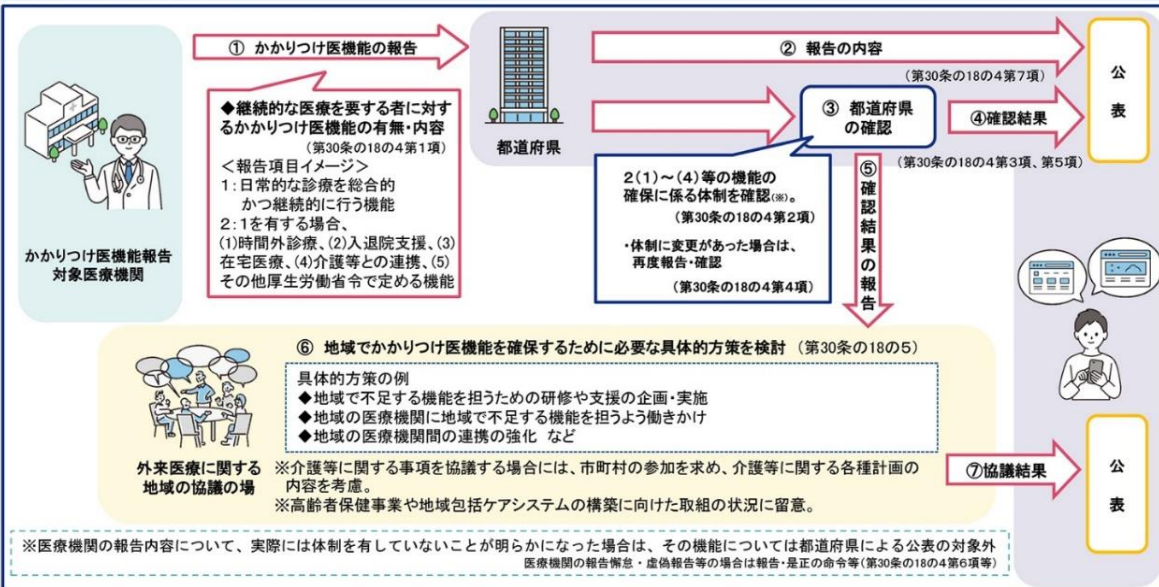
その後、かかりつけ医機能の確保に向けた具体的な対策が議論され、取りまとめられた内容が地域住民に対し公表されます。

このような流れにより、地域での継続的な医療支援体制が強化され、住民が安心して医療を受けられる環境整備が進むことが期待されています。

◆ かかりつけ医機能報告の流れ

かかりつけ医機能報告概要

- 慢性疾患を有する高齢者等を地域で支えるために必要なかかりつけ医機能について、医療機関から都道府県知事に報告。
- 都道府県知事は、報告をした医療機関がかかりつけ医機能の確保に係る体制を有していることを確認し、外来医療に関する地域の関係者との協議の場に報告するとともに、公表。
- 都道府県知事は、外来医療に関する地域の協議の場において、地域でかかりつけ医機能を確保するために必要な具体的方策を検討し、結果を取りまとめて公表。



厚生労働省：かかりつけ医機能報告制度に係る第1回自治体向け説明会

■ 地域医療の充実に向けた「かかりつけ医機能」の確立と情報提供

今後、高齢者の増加とともに、複数の慢性疾患を有し、医療・介護の複合的ニーズを抱える患者が増えることが予想されます。

しかし、医療従事者の人員は限られているため、地域の医療機関や専門職が役割を分担しながら、質の高い医療を効率的に提供する体制づくりが求められています。

3

かかりつけ医機能は1号・2号に分類

『1号機能』の概要と報告要件

かかりつけ医としての機能については「1号機能」「2号機能」に区分し、医療機関はそれぞれの機能を有しているか否かを報告することになります。

「1号機能」は、特定機能病院および歯科医療機関を除く「病院・診療所」を対象とし、かかりつけ医として継続的な医療が必要な患者に対し、日常の診療に加えて、患者の生活背景を考慮し、適切な診療と保健指導を行うことを目的とし、医療提供が困難な場合には地域の医師や医療機関と協力し、治療や指導の対応を調整するという役割もその機能に含まれます。

都道府県への報告事項としては、1号機能の概要を院内で掲示していること、かかりつけ医の研修受講や総合診療専門資格の有無、17の診療領域での一次診療の対応状況、さらには患者からの医療相談を受ける体制の有無が対象となります。

これらの要件が満たされた医療機関は、次の段階として2号機能の報告をすることになります。また、制度の進展に応じ、5年後には再検討することが予定されています。

◆報告を求めるかかりつけ医機能「1号機能」

○かかりつけ医機能報告を行う対象医療機関は、特定機能病院及び歯科医療機関を除く、病院・診療所とする。
○報告を求めるかかりつけ医機能（1号機能）の概要は以下のとおり。1号機能に係る報告事項がいずれも可の場合は、「1号機能を有する医療機関」として2号機能の報告を行う。

■かかりつけ医機能報告を行う対象医療機関

- 特定機能病院及び歯科医療機関を除く、病院・診療所

■具体的な機能（1号機能）

- 継続的な医療を要する者に対する発生頻度が高い疾患に係る診療を行うとともに、継続的な医療を要する者に対する日常的な診療において、患者の生活背景を把握し、適切な診療及び保健指導を行い、自己の専門性を越えて診療や指導を行えない場合には、地域の医師、医療機関等と協力して解決策を提供する機能

■医療機関からの報告事項（1号機能）

- 「具体的な機能」を有すること及び「報告事項」について院内掲示していること
- かかりつけ医機能に関する研修の修了者の有無、総合診療専門医の有無
- 17の診療領域^{※1}ごとの一次診療の対応可能な有無、いずれかの診療領域について一次診療を行うことができること
- 一次診療を行うことができる疾患
- 医療に関する患者からの相談に応じることができること

※1 皮膚・形成外科領域、神経・脳血管領域、精神科・神経科領域、眼領域、耳鼻咽喉領域、呼吸器領域、消化器領域、肝・胆道・膵臓領域、循環器系領域、腎・泌尿器系領域、産科領域、婦人科領域、乳腺領域、内分泌・代謝・栄養領域、血液・免疫系領域、筋・骨格系及び外傷領域、小児領域

※ 上記の1号機能に係る報告事項がいずれも可の場合は、「1号機能を有する医療機関」として2号機能の報告を行う。

※ かかりつけ医機能に関する研修及び一次診療・患者相談対応に関する報告事項については、改正医療法施行後5年を目途として、研修充実の状況や制度の施行状況等を踏まえて、改めて検討する。

令和6年7月5日「かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に関する分科会」資料
(例) 一次診療に関する報告できる疾患案 (40疾患)

病名	推計外来患者数(千人)	主な診療領域	病名	推計外来患者数(千人)	主な診療領域
脳卒中	590.1	9. 循環器系	統合失調症	50	3. 精神科・神経科
膝痛症	417.5	16. 筋・骨格系及び外傷	中耳炎・外耳炎	45.8	5. 耳鼻咽喉、17.小児
認知症(軽度リウマチ、認知)	299.4	16. 筋・骨格系及び外傷	聴覚障害	41.9	3. 精神科・神経科
かぜ・感冒	230.3	6. 呼吸器、17.小児	不整脈	41	9. 循環器系
皮膚の疾患	221.6	1.皮膚・形成外科,17.小児	近視・遠視・老眼	39.1	4. 眼、17.小児
糖尿病	210	14. 内分泌・代謝・栄養	前立腺肥大症	35.3	10. 腎・泌尿器系
外傷	199.1	16. 筋・骨格系及び外傷、17.小児	狭心症	32.3	9. 循環器系
脳脊髄障害	153.4	14. 内分泌・代謝・栄養	正常妊娠・産じょくの管理	27.9	11. 産科
下痢・胃腸炎	124.9	7. 消化器系	心不全	24.8	9. 循環器系
慢性腎臓病	124.5	10. 腎・泌尿器系	便秘	24.2	7. 消化器系
がん	109.2	-	頭痛(片頭痛)	19.9	2. 神経・脳血管
喘息・COPD	105.5	6. 呼吸器、17.小児	末梢神経障害	17.2	2. 神経・脳血管
アレルギー性鼻炎	104.8	6. 呼吸器、17.小児	難聴	17.1	5. 耳鼻咽喉
うつ(気分障害、躁うつ病)	91.4	3. 精神科・神経科	認知症軽症	17	16. 筋・骨格系及び外傷
骨髄炎	86.6	16. 筋・骨格系及び外傷	慢性腎臓病	16.8	12. 婦人科
結膜炎・角膜炎・涙腺炎	65	4. 眼	慢性肝炎(肝硬変、ウイルス性肝炎)	15.3	8. 肝・胆道・膵臓
白内障	64.4	4. 眼	肺炎	12.3	15. 血液・免疫系
白内障	64.2	4. 眼	乳癌の疾患	10.5	13. 乳腺
骨粗しょう症	62.9	16. 筋・骨格系及び外傷			
不安・ストレス(神経症)	62.5	3. 精神科・神経科			
認知症	59.2	2. 神経・脳血管			
脳梗塞	51	2. 神経・脳血管			

※ 一次診療を行うことのできるその他の疾患を報告できる記載欄を設ける。

出典：厚生労働省令和7年「医療提供」全国(推計)外来患者数
<https://www.e-stat.go.jp/en#/data/00000121198484660001>

【上記例の協定の考え方】
・一次診療に関する報告できる疾患は、患者調査による推計外来患者数が多い疾患を基に検討して設定する。
・推計外来患者数が1.5万人以上の疾患を抽出。該当する領域がない診療領域は最も推計外来患者数の多い疾患を追加、ICD-10中分類を参考に類似する疾患を統合。
・XXI 健康状態に影響を及ぼす要因及び保健リソースの利用、その他大分類の疾患、歯科系疾患は除く。

厚生労働省：かかりつけ医機能報告制度に係る第1回自治体向け説明会

『2号機能』の概要と報告要件

「2号機能」については、通常の診療に加え、地域医療や在宅医療の提供など、拡張的にかかりつけ医機能についての報告が求められています。

4 医業経営情報レポート 説明会での質疑応答

■ 総論に関する質疑応答

制度の目的に関する質問に対して、今後増加が予想される慢性疾患を抱えた高齢者への対応として、地域医療における「かかりつけ医機能」を確保することの重要性が改めて強調されました。さらには、地域における時間外診療や在宅医療、入退院支援を充実させるため、医療機関に対してかかりつけ医機能の取組状況を把握し、その情報をもとに地域の医療体制を整備することも求めています。

また、自治体における予算措置の必要性についても質問があり、これに対して厚生労働省は、現行の医療機能情報提供制度に準じた対応を求めており、新たなシステム導入は不要としています。総論に関する質疑応答は以下の通りです。

◆ 総論①

問	本制度による報告を行うことが求められる医療機関の理解を得られるよう、本制度の目的をあらためて教えてほしい。
答	<p>今後、複数の慢性疾患や医療と介護の複合ニーズを有することが多い高齢者の更なる増加と生産年齢人口の急減が見込まれる中、地域で必要となる時間外診療体制や、在宅医療、入退院支援などのかかりつけ医機能を確保していくことが不可欠であると考えています。</p> <p>現在も医療機能情報提供制度などに基づく報告が実施されているところですが、本制度は、それらとは趣旨目的が異なる報告制度であり、今後在宅医療等を担う意向の有無なども含めて、医療機関におけるかかりつけ医機能の取組状況が分かるようになるものです。</p> <p>その情報をもとに、地域のかかりつけ医機能の確保状況を可視化することができ、その上で、不足するかかりつけ医機能の協議に活用し、地域で必要な対策を検討してもらうことが重要と考えています。</p>

厚生労働省：かかりつけ医機能報告制度に係る第1回自治体向け説明会

◆ 総論②

問	本制度に関して、自治体（都道府県・市町村）で予算措置は必要か。必要な場合、どのような内容か。
答	<p>予算措置については、報告業務に関しては、医療機能情報提供制度と同様の業務スキームでシステム上も実装していくため、現在の医療機能情報提供制度に係る各都道府県の運用状況を確認いただき、同様の準備を行っていただくようお願いします。</p> <p>また、地域関係者との協議の場開催に関する経費や運営等の業務を支援するコーディネーターに係る経費も考えられます。</p>

厚生労働省：かかりつけ医機能報告制度に係る第1回自治体向け説明会

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: 有給休暇

年次有給休暇基準日の統一

年次有給休暇の基準日を統一するには
 どうすればよいでしょうか。

統一するには、就業規則に記載する必要があります。変更するポイントとしては、付与日数と統一する基準日を定めます。また有給休暇の付与ルールを明確にし、就業規則の内容が労働基準法に反していないかを確認します。

(1)有給休暇と基準日

有給休暇は、職員が入職してから6ヶ月経過した日までに8割以上の出勤をしていれば10日間の有給休暇が付与されます。(労働基準法第39条)

この有給休暇が与えられてる日が「基準日」となります。この「基準日」から1年経過すると、新たな有給休暇が付与されます。通常、基準日は職員の入職日によって異なりますが、有給休暇の基準日を統一し、同一日に一齐に与えることができます。これを「有給休暇の斉一的付与」といいます。また、基準日は会社が独自に定めることができます。

(2)基準日を統一する方法

■年に1回の基準日を設ける場合

年一回の斉一的付与は、管理がしやすく効果的です。しかし斉一的付与を理由に有給休暇の付与が遅れることは労働基準法で認められません。そのため、職員の入職時期によって不公平が生じるのを防ぐ必要があります。具体的には、以下の2つの方法があります。

- 入職後「6か月経過日」を「初回基準日」とし、2回目以後の基準日を「斉一的付与」とする。
- 「入職日」に前倒し押しして10日分を付与し、2回目以後の基準日を「斉一的付与」とする。

■年に2回の基準日を設ける場合 (例: 毎年4月1日と10月1日に斉一的付与をおこなう)

2回の基準日を作ることによって1回の基準日と比べ、どのタイミングで入職しても、最初に到来する基準日までの期間が6ヵ月以内となるため、特別付与をしなくても違反になりません。

しかし入職日によって早く有給休暇を取得できる職員もいるため、法的に問題はありませんが付与が遅い職員と比べると不公平な設定になります。そのため、公平性を保つために入職月に合わせて日数の調整が必要になります。

(3)変更をする際の注意点

基準日を変更する際は、不平等の解消、時効の確認、6ヵ月ルールの遵守など、留意が必要です。変更の影響を事前に検討し、職員に不利益が生じないよう適切に対処することが重要です。

ジャンル:労務管理 > サブジャンル:有給休暇

新入職員の年次有給休暇

新入職員にも、年次有給休暇の計画的付与を適用することができますか。

新入職員のような「5日」を超える年次有給休暇のない職員に対しては、休業手当を支払うか特別休暇を設けるなどの措置が必要です。

(1)年次有給休暇の「計画的付与」とは

年次有給休暇の計画的付与制度とは、労使協定を結べば、年次有給休暇のうち5日を除く部分について、使用者が計画的に休暇取得日を割り振ることができる制度です。例えば、年次有給休暇が10日の場合、5日は自由に取得でき、残り5日分を医療機関側から計画的に付与されます。また、計画的付与は法律上の義務はありません。そのため、計画的付与を取り入れている、いないは医療機関次第となります。

(2)年次有給休暇がない新入職員の取扱い

計画的付与の適用には一定の年休残存日数が前提となります。

新入職員の有給休暇の付与が不足している場合、医療機関は休業手当の支払い、特別休暇の設定、初年度前倒し分割付与のいずれかの対応を取らなければなりません。

①平均賃金の60%を休業手当として支払う

医療機関が一斉休業を行う際、新入職員には有給休暇がないため、労働基準法上、休業手当を支払う必要があります。休業手当の金額は平均賃金の60%以上とされています。

②特別休暇を設ける

医療機関が特別休暇制度を設け、新入職員に一定日数の有給を付与することができます。この特別休暇日数を年次有給休暇日数に加算して、計画的付与の対象日数とすることが可能です。

③初年度の付与日数を前倒し分割付与する

入職年度に限り、翌年度に付与される年休の一部を前倒しで付与することができます。ただし、計画的付与を行う日までに5日を超える年休を付与しておく必要があります。

例えば、8月に計画的付与3日を行う場合、新入職員には入職時点で8日以上年休を付与しておく必要があります。8日未満しか付与できない場合は、上記①または②の措置が必要となります。

(3)計画的付与の方式と協定事項

計画的付与を実施する際には、就業規則や労使協定で「計画的付与の対象者」「計画的付与の日数および時季」「計画的付与の実施する方法」「計画変更時の取扱い」を定める必要があります。